

Sosial- og helsedirektoratet

Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering

Evalueringsrapport

Oslo, 03.11.04

Bente Vindedal, AIM AS

Leif-Erik Steen, UtviklingsPartner DA

Bjørn Larsen, Nor Consulting AS

Richard H Knoff, rhKnoff AS

FORORD

Evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i perioden november 2003 – oktober 2004.

Dette er en tematisk bred og helhetlig evaluering i den forstand at den belyser de sentrale problemstillingene knyttet til LAR. Evalueringen er empirisk avgrenset til situasjonen i Norge i perioden fra LAR ble opprettet som landsdekkende tilbud i 1998, og fram til årsskiftet 2003/2004. Det innebærer at forhold knyttet til innføringen av Rusreformen bare er behandlet i begrenset grad. Rapporten omtaler ikke andre lands LAR-tilbud, og det gjøres ingen sammenligninger mellom Norge og andre land. En kort oppsummering av kunnskapsstatus på feltet, basert på internasjonal forskning om LAR er presentert i vedlegg II.

Evalueringen er gjennomført av et konsulentteam bestående av

Bente Vindedal, AIM Research Based Consulting AS

Leif-Erik Steen, UtviklingsPartner DA

Bjørn Larsen, NorConsulting AS

Richard H Knoff, rhKnoff AS

Bente Vindedal har vært ansvarlig prosjektleder. Konsulentfirmaet AIM har vært formell oppdragstaker.

I forbindelse med datainnsamlingen og arbeidet med evalueringen har vi hatt kontakt med en lang rekke personer som har gitt oss verdifull informasjon og viktige synspunkter og innspill. Som støtte for arbeidet har vi dessuten hatt en referansegruppe bestående av:

Anne-May Hogsnes, Landsforbundet mot stoffmisbruk - LMS

Jon Storaas, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon - RIO

Bente Aker, RIO (i siste halvdel av prosjektet)

Per Martin Frantzen, Brukernes interessegruppe - BIG

Jan Emil Kristoffersen, Skårer legesenter

Per Andersen, Rustjenesten i Østfold

Astrid Skretting, Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS

Tone Gurrik, Vestfoldklinikken

Anlaug Lia, Oslo kommune, Rusmiddeletaten

Hild Fagerli, Kristiansund kommune

Svein Bratland, Helsetilsynet

Parallelt med vår evaluering har professor Helge Waal ved Universitetet i Oslo, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en analyse av data fra den nasjonale statusundersøkelsen av pasienter i LAR i 2003. Vi har fått tilgang på data fra denne statusundersøkelsen og brukt en del av dem som grunnlag for vår evaluering.

En styringsgruppe for prosjektet har bestått av Cathrine Dammen, Per Gunnar Dahl, Mari Trommald (første del av prosjektperioden) og Jens J. Guslund (siste del av prosjektperioden) – alle fra Sosial- og helsedirektoratet,

Vi vil rette en stor takk til alle vi har vært i kontakt med og samarbeidet med i løpet av prosjektet – brukerne, fagutøverne og andre som er blitt intervjuet, medlemmene i referansegruppa som har gitt oss tilbakemeldinger og innspill til arbeidet, og styringsgruppa som har fulgt opp prosjektet og sørget for nødvendig informasjon og praktisk bistand underveis.

Oslo 3. november 2004

Bente Vindedal

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	7
2	MANDAT, EVALUERINGSMODELL OG ARBEIDSOPPLEGG	18
2.1	Mandatet	18
2.2	Evalueringsmodellen	18
2.3	Arbeidsopplegget for evalueringen	20
3	EVALUERINGSGRUNNLAG	22
3.1	Mål og faglige premisser	22
3.2	Målgruppe.....	27
3.3	Innhold og aktører	30
4	EFFEKTER.....	34
4.1	Er målgruppen nådd?.....	34
4.2	Har tiltakene hatt effekt mht rehabilitering, skadereduksjon og livskvalitet?	35
4.3	Overstiger nytten kostnadene?.....	46
4.4	Oppsummering og drøfting	57
5	INNHOLD	59
5.1	Er LAR-prosessen hensiktsmessig lagt opp og gjennomført?.....	59
5.2	Er alle forutsatte virkemidler satt inn?	67
5.3	Oppsummering og drøfting	82
6	ORGANISERING	88
6.1	Hvordan er LAR organisert?	88
6.2	Er senterstrukturen hensiktsmessig?.....	88
6.3	Er organiseringen rundt brukeren hensiktsmessig?	99
6.4	Er den statlige styringen hensiktsmessig organisert og utført ?	110
6.5	Er det innebygd tilfredsstillende systemer for kvalitetssikring og resultatoppfølging?.....	116
6.6	Er det bygd opp kompetanse i sentrale, regionale og lokale organer?	118
6.7	Oppsummering og drøfting	120

7	OMDØMME	121
7.1	Har brukerne positive erfaringer?	121
7.2	Har fagutøverne positive erfaringer?	123
7.3	Oppsummering	125
8	STRATEGI OG RESSUR SINNSATS	127
8.1	Ligger målene for LAR-tiltakene på riktig ambisjonsnivå?	127
8.2	Er målgruppene hensiktsmessig definert?	128
8.3	Ivaretar LAR målgruppens pasientrettigheter?	130
8.4	Er virkemidlene fornuftig sammensatt?	133
8.5	Er ressurstilgangen riktig dimensjonert?	134
8.6	Utnyttes ressursene kostnadseffektivt?	136
8.7	Er finansieringsformen hensiktsmessig?	137
8.8	Oppsummering og drøfting	137

VEDLEGG I: Litteratur

VEDLEGG II: Forskningsbasert kunnskap

VEDLEGG III: Statistikk

1 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Legemiddelasistert rehabilitering (LAR) har reddet mange liv og gitt mange stoffmisbrukere en bedre tilværelse. I mange tilfelle har rehabiliteringsmål blitt nådd.

Antallet opiatavhengige stoffmisbrukere i Norge har vokst meget raskt, og det regnes i dag med at det er mer enn dobbelt så mange sprøytenarkomane (antakelig 15.000 – 16.000) som da en startet opp LAR i 1998.

I perioden for oppbyggingen av LAR-tilbudet i Norge har også endrede vurderinger av hvem som kan ha nytte av LAR, medført en mangedobling av det antallet som opprinnelig mente var aktuelle for tilbudet (ca 700 personer).

Det er viktig å slå fast dette innledningsvis i oppsummeringen av denne rapporten. Rapporten handler om å vurdere et godt og verdifullt tilbud - som kan gjøres bedre, som kan nå flere og som kan organiseres og gjennomføres mer effektivt.

Denne evalueringen skal belyse legemiddelasistert rehabilitering av opiatmisbrukere. Mandatet for evalueringen er beskrevet i kapittel 2. Evalueringen skal bl a belyse

- Praktiseringen av regelverket
- Hvilke innsatsmidler som inngår og hvordan arbeidet/tilbudet gjennomføres
- Hvilke rehabiliteringsmodeller som brukes
- Oppgavedeling, samhandling og kritiske overføringspunkter mellom regionalt senter og kommunene
- Organisering og samhandling internt i kommunene
- Brukernes erfaring med tilbudet
- I hvilken grad målene med LAR er oppnådd

Evalueringen skal fokusere på eventuelle regionale forskjeller på alle disse punktene.

I dette sammendraget presenterer vi våre hovedfunn og konklusjoner etter samme mønster som kapittelinnstillingen i rapporten. Til slutt konkluderer vi med noen helt konkrete innspill og anbefalinger til det videre arbeidet med LAR.

Effekter – mål og måloppnåelse

Målene for LAR er beskrevet og drøftet i kapittel 3. Hovedmålet er å bidra til at tunge opiatmisbrukere kommer seg ut av de hardt belastede rusmiljøene, nyttiggjør seg annen hjelp og behandling og bedrer sin fysiske og sosiale funksjonsevne. Det er et mål at misbrukerne skal oppnå rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering, men det er også et mål å redusere skadene av misbruket og farene for overdosedødsfall.

Effektene av LAR, dvs graden av måloppnåelse, er beskrevet i kapittel 4. LAR startet opp som landsomfattende tilbud i 1998-1999 under sterk uenighet både i fagmiljøene og

i politiske miljøer. Aksepten for at LAR er et viktig tilbud er i dag langt mer utbredt, først og fremst fordi *LAR gir resultater*:

- Mange, men på langt nær alle LAR-brukere har kommet ut av de belastede rusmiljøene
- Medikamentering med metadon eller buprenorfin har gjort at de fleste LAR-brukere er blitt bedre i stand til å dra nytte av andre tiltak og behandlingsformer
- Antall overdoser er betydelig redusert – svært få LAR-brukere er døde av overdoser og LAR har åpenbart reddet mange liv
- Mange av LAR-brukerne har fått vesentlig bedre fysisk og sosial funksjonsevne
- De fleste LAR-brukerne har fått bedre livskvalitet og mange takker LAR for at de fortsatt er i live. Men bare en mindre del av brukerne er fullt ut rusfrie og "sosialt og yrkesmessig rehabilitert"

Målgruppen for LAR er utvidet: Antallet opiatavhengige (sprøyte)misbrukere i Norge har vokst raskt, og det regnes i dag med at det nå er mer enn dobbelt så mange (15.000 – 16.000) som da en startet opp LAR. I forbindelse med etableringen av LAR i 1998 antok en at ca 10% av de opiatavhengige kunne dra nytte av LAR. I dag er det vanlig i fagmiljøene å anta at opp mot 50% av de opiatavhengige kan hjelpes gjennom LAR. LAR startet ut som et tilbud til rundt 700 misbrukere. I dag er omkring 2.600 personer i LAR

Siden målgruppen for LAR er vanskelig å identifisere - Hvor mange fyller kriteriene? Hvor mange av dem ønsker LAR? - er det ikke mulig å slå fast i hvilken grad målgruppen er nådd, verken på landsbasis eller regionalt. Regionale søker- og ventelister indikerer til en viss grad hvorvidt mer lokale målgrupper får tilbud om LAR eller ikke.

Vi konstaterer *ulike resultater av LAR i de forskjellige delene av landet*. Regionen Midt-Norge/Nord-Norge (M/N) har bedre resultater med hensyn til både rusfrihet og rehabilitering enn de øvrige regionene. Resultatene i Oslo er, målt på denne måten, de dårligste.

Vi konstaterer *ulik virkemiddelbruk og innsats* både mht medikamentering (valg av medikament og dosering) og rehabiliteringsrettede tiltak i forskjellige deler av landet. For eksempel ligger M/N på et gjennomsnittlig høyt doseringsnivå og har stor/aktiv innsats på rehabiliteringssiden. Når det gjelder rehabiliteringsinnsats, ser det ut til at Oslo kommer dårligere ut enn både M/N og landet for øvrig.

Vi finner at det er *samvariasjon mellom variable for innsats og resultater* på en rekke områder. Sammenholdt med resultater fra andre norske undersøkelser, tyder dette på at LAR har *positive effekter* i form av bl.a. redusert rusmisbruk/bedret ruskontroll, økt deltakelse i utdanning og arbeidsliv og redusert kriminalitet.

Mange faktorer kan påvirke resultater av LAR, og de markante forskjellene mellom for eksempel M/N og Oslo kan også eventuelt forklares med egenskaper ved de respektive rusmisbrukergruppene, eller egenskaper ved miljø/rusmiljø i Oslo vs M/N.

Det framholdes ofte at gruppa av injiserende rusmisbrukere i Oslo har større problembelastning enn i landet for øvrig, særlig knyttet til at de har vært tunge rusmisbrukere og injisert heroin lengre, samt at Oslo representerer et vanskeligere miljø i forhold til rehabilitering og redusert rusing. Imidlertid finnes det ikke dokumentasjon som kan bekrefte eller avsnanne om det faktisk er systematiske regionale ulikheter f eks mht LAR-brukernes problembelastning og rehabiliteringspotensiale.

Oppsummert mener vi at forskjellen i resultater kan henføres til fem forhold:

- (1) Ulikheter i brukergruppens problembelastning, for eksempel knyttet til rushistorie, helse- og sosiale problemer
- (2) Ulikheter i miljøvariable, noe som omfatter hvor sterkt rusmiljøene på stedet attraherer eller binder tidligere misbrukere i forhold til hvor sterkt tiltrekningskraft andre miljøer har.
- (3) Ulikheter i dosering av metadon/buprenorfin.
- (4) Ulikheter i systematikk og intensitet i oppfølgings- og rehabiliteringsarbeidet overfor brukerne. De to siste punktene er knyttet til virkemidler. Jo større problemer en står overfor på de to første punktene, jo større må innsatsen være på de to siste for å nå samme resultater.
- (5) Ulik inklusjons- og eksklusjonspraksis, for eksempel ekskluderes ca. 15% av LAR-brukerne i M/N (per år siste 3 år), mens tilsvarende tall for Oslo er ca. 5%.

Om en sammenligner hva LAR-brukere *koster samfunnet* med hva andre opiat-avhengige koster, kommer LAR-brukerne positivt ut. De største positive postene i regnestykket er reduserte kostnader til innleggelse i institusjon og reduserte kostnader knyttet til kriminalitet. Den største negative posten er de direkte kostnadene til drift av LAR-sentrene og til medikamenter og urinprøver. Våre overslag tyder også på at LAR ikke bare er samfunnsøkonomisk lønnsomt, men at også de *offentlige budsjettene* kommer positivt ut. Virkningen er først og fremst på statens side (statsbudsjettet og RHFene.) For kommunene er kostnadsforskjellene av mindre betydning.

Innhold – Prosess og virkemidler

Kapittel 5 omhandler LAR-prosessen (fra søke- og inntaksfase, via behandling og til utskriving) og de virkemidlene som anvendes i LAR.

Prosessen

Kommunene har utviklet kompetanse og prosedyrer for innsøking til LAR. Siden det i stor grad er opp til sosialtjenesten/den enkelte kommune hvordan søkeprosessen skal gjennomføres, er det tilfeller av lokale praksiser og såkalte "skjulte ventelister", som gjør at *det er bostedsavhengig hvilke muligheter opiatmisbrukere har mht å få fremmet søknad om LAR*, og hvor lang tid det tar før søknad fremmes.

Ventetidene fra innsøking til inntak/oppstart i LAR er svært forskjellige og varierer fra 0-24 måneder. Lengst ventetid er det i region M/N og i Oslo, med hhv ca 2 år og ca 1 år. *Lang ventetid er et problem* fordi det bidrar til at ikke alle kandidater til LAR fremmer søknad, det er vanskelig og vondt for den som venter, og fordi søkeprosessen og søknadsarbeidet blir vanskelig og delvis irrelevant.

Det er *mangel på rettidighet i prosessen* når sosialtjeneste og søker må utarbeide tiltaksplan med (ambisiøse) rehabiliteringsmålsettinger og konkrete beskrivelser av behandlingsopplegget 1-2 år før inntak, og i en fase hvor bruker er i aktiv rus. I slike tilfeller er det særlig viktig at tiltaksplanen oppdateres og justeres når bruker kommer i gang med LAR, noe som ikke ser ut til å være generell praksis.

Det stilles gjennomgående strengere krav til et LAR-opplegg i søkefasen, enn i gjennomføringsfasen. *Tiltaksplanen synes å fungere mer som inngangsbillett til LAR, enn som en rettesnor eller garanti for gjennomføringen av LAR.* Avhengig av organisering og hvordan det enkelte LAR-senter arbeider, er det rom for betydelige avvik i gjennomføringen av LAR, sammenlignet med den normen som legges til grunn i søkefasen. Høye ambisjoner i forbindelse med innsøkningen og manglende oppfølging i forbindelse med gjennomføringen, antas å virke "demoraliserende" på brukere og andre involverte.

LAR-brukere har forskjellig utgangspunkt og rehabiliteringspotensiale. Samtidig vet vi at innsats og virkemiddelbruk kan variere betydelig både mht intensitet og varighet. Som en følge av dette vil LAR-prosessen ha ulike forløp og utfall, og den kan derfor i liten grad standardiseres. Vi mener imidlertid at det *både er mulig og ønskelig med noe større grad av konkretisering og dokumentasjon av prosessen og dens ulike faser*, enn hva som har vært tilfelle.

Det er MARIT i region M/N som i størst grad legger til grunn en systematikk for rehabiliteringsprosessen hvor hhv senter og kommune har ulike oppgaver og en bestemt arbeidsdeling i ulike faser av prosessen. Senterets involvering i det lokale brukerrettede arbeidet, gjør imidlertid at det mangler ressurser til å ta inn nye brukere i tilstrekkelig grad. Den valgte arbeidsmåten gjør at senteret er en flaskehals, med en lang kø av søkere som ikke kommer i gang.

Gjennomføringen av LAR i Oslo, herunder arbeidsdelingen mellom senter og bydel, og fasingen/forløpet av den, synes ikke å være hensiktsmessig. Også i Oslo representerer senteret en flaskehals, noe som ofte gir dårlig tilgjengelighet til LAR for de som bor i Oslo. Det er behov for avklaring og dokumentasjon av hva sentertilbudet til brukere i Oslo er og skal være, samt styrket innsats for å etablere og utvikle et helhetlig og sammenhengende tilbud for byens LAR-brukere.

Etter hvert som stadig flere LAR-brukere ikke lenger er i en aktiv rehabiliterings-situasjon, men kun medikamenteres med metadon eller buprenorfin, bør fasen for "vedlikeholdsbehandling og oppfølging" vies mer oppmerksomhet, både mht innhold, organisering og involverte aktører.

LAR er et antatt livslangt tilbud, men mange brukere har ønsker eller planer om å slutte med substitusjonsmedikamenteringen. Spørsmål om frivillig nedtrapping og opphør av substitusjonsmedikamentering, bør vies større oppmerksomhet.

Virkemiddelbruken - Medikamentering

Sammenlignet med hva som er tilfelle for rehabilitering, er det god dokumentasjon og klare metoderegler for medikamentering. Imidlertid er det store variasjoner mellom, og delvis innad i regionene mht avrusnings- og opptrappingspraksis, medikamentvalg (metadon eller buprenorfin) og dosering, samt forskrivning av benzodiazepiner og andre psykofarmaka i kombinasjon med metadon/buprenorfin.

Vi konstaterer at aksepterte standarder for medikamentering gir rom for betydelig variasjon mellom og delvis innad i regionene. På regionalt nivå skiller region VEST seg ut, både ved at buprenorfin i så stor grad er det foretrukne medikamentet, og ved gjennomgående lav dosering på både metadon og buprenorfin. Region M/N ligger markant høyere enn de øvrige regionene i gjennomsnittlig dosering.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om medikamentvalg og dosering gjennomgående er basert på kunnskapsbaserte og kliniske vurderinger av hva som er optimalt for den

enkelte bruker /pasient, eller om medikamenteringsvalgene i for stor grad er basert på lokale kulturelle eller ideologiske forhold hos behandlere, og eventuelt brukere. Ut fra en antakelse om at alle løsninger innenfor hele variasjonsbredden av dagens medikamenteringspraksiser, ikke kan være like gode, mener vi at det bør gjennomføres en grundig vurdering av de lokale/regionale medikamenteringspraksisene, med sikte på å definere og implementere en mer avgrenset "best practice".

Når det gjelder avrusning/avgiftning og opptrapping på substitusjonsmedikament er det grunn til å anta at økende bruk av polikliniske tilbud, mer er et resultat av mangel på institusjonsplasser, enn hva fagmiljøene selv oppfatter som optimalt.

De ulike regionale og distriktsvise kravene og praksisene i forhold til "sidebruk" (av rusmidler og psykofarmaka), og konsekvenser av dette, for eksempel eksklusjon fra LAR, er ikke i tråd med kravet om lik rett til helsehjelp og sosiale tjenester. Både problemstillinger vedr rusmidler og vedr psykofarmaka for LAR-brukere må i større grad knyttes til objektive og omforente kriterier, og legges til grunn et prinsipielt skille mellom "rusing" og "bruk av psykofarmaka som medikament" - basert på indikasjoner som er i tråd med det man søker å oppnå med LAR.

Virkemiddelbruken - Rehabilitering

Innholdet i selve rehabiliteringen er i liten grad basert på dokumentasjon, metodebeskrivelser eller arbeidsmodeller. Vi oppfatter at kommuner og bydeler setter inn de virkemidlene de ville, eller burde ha brukt i enhver sammensatt rehabiliteringssak. I den grad det finnes ulike "rehabiliteringsmodeller" er disse sterkt relatert til organisatoriske og strukturelle parametre, som omtales i kap 6.

Den såkalt "psykososiale" og/eller "sosialfaglige" innsatsen som forutsettes kombinert med medikamenteringen, dreier seg i utgangspunktet om individ- og grupperettet arbeid etter vanlige faglige standarder. Det gjelder innsats både fra 1. linjen, fra senter og for eksempel fra 2. linje psykiatri. Fagutøverne legger vekt på at "tett oppfølging" og/eller "intens behandling" gir bedre resultater. Slik innsats eller virkemiddelbruk er i liten grad konkretisert, beskrevet eller dokumentert, verken av fagutøvere i dagens LAR-apparat, eller av forskningsmiljøer for øvrig. I vår kartlegging har vi i varierende grad registrert slik innsats, uten at den har vært relatert til uttalt systematikk i metode og metodevalg.

Vi har forståelse for at fagmiljøene/sentrene ikke finner grunnlag for å formulere bestemte LAR-arbeidsmåter eller enhetlige modeller for arbeidet – noe som vanligvis begrunnes med behovet for individuelt tilpasset LAR. Imidlertid mener vi at man nå har så langvarig og bred erfaring med LAR, at det burde være grunnlag for å avklare noen alternative tilnærminger, og foreta en viss grad av konkretisering mht tilbudets gjennomføring og innhold.

Vi ser at rehabiliteringsinnsatsen og den faktiske oppfølgingen av brukerne varierer mellom og innad i kommunene og regionene, men det ser ut til at oppfølgingen av LAR-brukere er mer strukturert enn oppfølgingen av andre stoffmisbrukere. Dette skyldes at opplegget med tiltaksplan og ansvarsgruppe bidrar med en viss ramme og systematikk til arbeidet, og at medikamenteringen muliggjør samarbeid med bruker. Kommunene peker på at manglende ressurser gjør at de ikke alltid yter den innsatsen som de mener er nødvendig i forhold til den enkelte LAR-bruker. Det er tiltak som går ut over det som skal til for å ivareta de mer grunnleggende forutsetningene for medikamentutdeling, urinprøvekontroller, oppfølging med mer, som kommunene mener

det kan skorte på. "Meningsfylt hverdag" i form av arbeid eller annen beskjeftigelse, sosiale aktiviteter og samvær med mennesker utenfor rusmiljø, er ofte den store utfordringen for LAR-brukere, og her mener mange av kommunene at de kommer til kort.

Rehabiliteringsarbeidet rundt den enkelte bruker følger til en viss grad en dynamisk modell hvor mål reformuleres og innsats endres med basis i evaluering /læring. Imidlertid blir forløpet ofte en nedadgående spiral, hvor ambisjoner og krav reduseres når de ikke innfris. Denne dynamikken ligger ofte til grunn for målforskyvningen fra "rehabilitering" til "skadereduksjon".

Vi mener det er betydelige forbedringsmuligheter når det gjelder rehabiliteringsinnsatsen for LAR-brukere. Vi mener også å se at følgende forhold er til stede i de kommunene som opplever at de arbeider godt og får gjort det de skal/vil:

- God organisering og gjennomføring av viktige prosesser lokalt og i sentrene, (basert på systematikk, prosedyrer, kompetanse), frigjør ressurser til brukerrettet rehabiliteringsarbeid.
- Alminneliggjøring og integrering av LAR i forhold til eksisterende tjenestetilbud og ulike lokale aktører, bidrar til styrket lokal kompetanse og gir mer bredde mht virkemidler og arenaer for rehabilitering og utvikling.

Organisering – oppgavedeling, samhandling og styring

LAR-sentrene

LAR er en forholdsvis *unik organisasjonsmessig konstruksjon* i helse- og sosial-Norge. LAR er i dag definert som "tverrfaglig spesialisthelsetjeneste" etter spesialisthelsetjenesteloven og som "nødvendig helsetjeneste" etter lov om kommunehelsetjenesten, mens den sosialfaglige delen fortsatt er underlagt lov om sosiale tjenester. Det unike i konstruksjonen er de regionale statlige LAR-sentrenes rolle. De er i dag definert som spesialisthelsetjeneste, men har også en egen formell basis som koordinerings- og kunnskapsledd og som myndighetsledd som regulerer tilgangen til LAR. På den måten er det etablert en *forholdsvis kraftig linje* fra statlige myndigheter, via sentrene, inn i kommunenes sosialtjeneste. Dette har i de fleste regioner fungert forholdsvis bra.

Sentrenes *oppgaver* kan summeres opp i følgende punkter:

- Faglig sikring i forhold til enkeltbrukere
- Faglig sikring av lokale LAR-tilbud
- Klinisk behandling av enkeltbrukere

Sentrene må for å fylle sin rolle også ha ansvar for å bygge ut og sikre LAR-tilbudet i regionen, følge opp og evaluere resultater, vurdere behov og planlegge fremtiden.

Både den interne *organiseringen* av sentrene og *oppgavefordelingen* mellom LAR-senter og lokalnivået (kommuner og lokale leger) varierer betydelig mellom regionene:

- I SØR er det en desentralisert struktur med sentre i hvert fylke, men et felles rådgivende inntaksteam. Legemiddelforskrivningen har fra starten ligget til de lokale legene, men fylkessentrene deltar i alle ansvarsgrupper.
- I VEST var det opprinnelig ett senter for hele regionen, nå er det ett for Rogaland og ett for Hordaland og Sogn og fjordane. Legemiddelforskrivningen har fra starten vært lagt til senteret, og det har vært vanskelig å overføre forskrivningsansvaret til lokale leger. Sentrene deltar i alle ansvarsgrupper.

- I ØST har senteret først og fremst vært senter og "klinikk" for Oslo, og inntaksmyndighet for hele regionen. Fylkeskommunene utenom Oslo etablerte fylkes- og distriktsvise instanser for å koordinere og støtte kommunenes LAR-arbeid. I Hedmark, Oppland, Østfold og Akershus gjøres forskrivningen av lokale leger, mens i Oslo er det senteret som står for forskrivningen så lenge brukeren er i "klinikken", og lokale leger når brukerne er "overført" til bydel. Senteret deltar i ansvarsgrupper for Oslo-brukere, men bare så lenge de er i "klinikken". Fylkesinstansene utenfor Oslo deltar bare unntaksvise i ansvarsgruppene, dvs at i disse fylkene er det meste av ansvaret overlatt til kommunalt nivå. Bydeler i Oslo sender søknad om LAR direkte til senteret, mens kommuner i resten av ØST søker via fylkes- eller distriktsinstans, som kvalitetssikrer og koordinerer.
- I Midt-Nord leder senteret ansvarsgruppene for alle brukere de to første årene, men forskrivning og lokalbasert rehabiliteringsarbeidet gjøres lokalt. Sentret i M/N er i ferd med å deles og det vil bli etablert et senter for Nord-Norge i Tromsø.

Det er gode erfaringer med den desentraliserte strukturen i SØR og i ØST (ekskl Oslo).

Kapasiteten i sentrene har vært og er fortsatt en betydelig *flaskehals*. Dette skyldes delvis at bevilgninger til legemidler ikke har strukket til i enkelte korte perioder. Bemanningen i sentrene og hvordan bemanningen faktisk brukes – dvs *senterets arbeidsform* - representerer en mer permanent flaskehals. Antall LAR-brukere pr ansatt varierer fra 13 brukere pr ansatt i M/N til 32 i VEST. Ressursbruken i alle sentrene kan ikke være kostnadseffektiv når "produktivitetsforskjellene" er så store. Før ressursene kan normeres mer riktig, er det imidlertid nødvendig å *avklare hvilke oppgaver sentrene skal dekke og hvilke oppgaver som bør dekkes lokalt*. Det er særlig behov for å avklare i hvor stor grad og eventuelt for hvilke brukere, sentrene skal være "klinikker" med behandlingsansvar for enkeltbrukere, og i hvilken grad sentrene har ansvar for å følge opp og kvalitetssikre den delen av LAR-arbeidet som foregår lokalt.

I tillegg til at noen sentre er betydelige flaskehals i forhold til tilgjengeligheten til LAR, bidrar regionale/lokale variasjoner i organisering og arbeidsform til at LAR ikke framstår som et likeverdig tilbud i hele landet:

- Ulik grad av dialog mellom senter og lokale instanser i søkefasen og ulik grad av involvering i arbeidet lokalt – dvs ulik grad av både veiledning til og oppfølging av lokale instanser/aktører
- Ulik oversikt over og kontroll med lokal medikamentering og kontroll
- Ulik grad av resultatoppfølging og evaluering
- Ulik grad av proaktiv behovsvurdering og planlegging

LAR-sentrene har god *kompetanse på klinisk nivå*, noe som er en forutsetning for kvalitet i veilednings- og kompetanseutviklingsarbeidet. Men betydelig faglig uenighet mellom sentrene om viktige spørsmål, betyr også at det er uenighet om hva som er "god kvalitet" i LAR.

Det synes som om sentrenes *kompetanse på systemnivå* er mer varierende. Det gjelder opplegg og prosedyrer for systematisk dokumentasjon og kvalitetssikring av eget arbeid, og det ser også ut til å være forskjeller mht hvor godt de veileder og driver kompetansebygging og -vedlikehold i kommunene, hos lokale leger, apoteker mm., samt sikrer at det eksisterer gode kvalitetssikringssystemer og rapporteringsrutiner i det

lokale LAR-arbeidet. Det er ikke etablert noen gjennomgående "nasjonal" standard for hva prosedyrebeskrivelser for LAR bør omfatte.

Oppsummert vil vi hevde at *senterstrukturen er både kompleks og lite oversiktlig*, og det er utviklet så ulike arbeidsformer at LAR ikke kan sies å være et ensartet tilbud i hele landet. Fra 2004 har de Regionale Helseforetakene (RHFene) fått ansvar for sentrene. Kravet til spisskompetanse taler for få og store sentre, mens kravet til områdevis nærhet, oversikt og kontroll taler for flere og mindre sentre. Hvert RHF må uansett ha en samlet oversikt over og styring med "sin" sentervirksomhet.

Fordi LAR er både tverrfaglig og både 1.- og 2.linje-tjeneste samtidig, er det behov for å presisere RHFenes ansvar og myndighet i forhold til lokale aktører, samt hvordan og i hvilken grad RHFenes LAR-arbeid skal styres og overvåkes fra sentralt hold.

Organiseringen rundt den enkelte bruker

I organiseringen av arbeidet rundt den enkelte LAR-bruker har kravet om ansvarsgruppe vært et viktig samordnende organisatorisk grep. Krav om ansvarsgruppe og individuell tiltaksplan for hver LAR-bruker, gjør at organiseringen og samordningen av rehabiliteringsarbeidet, er bedre enn det som ofte er tilfelle for andre rusmisbrukere. Det er utviklet ulike pragmatiske lokale løsninger for medikamentutdeling, oppfølging og kontroll – noe som har vært viktig og nødvendig i oppbyggingen av dagens LAR-tilbud.

Den interne organiseringen av LAR i kommunene varierer – først og fremst knyttet til om kommunene har egne enheter for rus generelt eller som en del av sosialtjenesten. Det er ingen kommunale organisasjonsmodeller som peker seg ut som "den beste", men det synes som om kommuner med egne rusteam, ruskonsulenter, LAR-koordinatorer etc, har bedre grep om LAR-arbeidet enn kommuner som mangler slik kompetanse/slike enheter. Generelt synes samordningen å gå lettere der LAR er forankret opp mot en administrativ helse- og sosialsektorledelse som er engasjert i LAR og som har myndighet og vilje til å styre en tverrfaglig innsats overfor LAR-brukerne. Vi ser at kommune- og bydelsoverleger kan ha svært ulike og ulikt betydningsfulle roller i forhold til lokalt LAR-arbeid. Jfr at LAR er "nødvendig helsehjelp" som kommunen er pålagt å sørge for, kunne kanskje *kommuneoverlegen* hatt en tydeligere rolle som lokal kvalitetssikrer.

Kompetansen på LAR-arbeid i kommunene varierer, men de fleste kommuner som har noen års erfaring med LAR har nå relativt god klinisk kompetanse. Systemkompetansen varierer mer. Noen kommuner har utviklet og implementert gode systemer og rutiner som er nedfelt i prosedyrebeskrivelser etc, mens andre i ulik grad er i gang med slike utviklingsoppgaver. Det synes som det bare unntaksvis er etablert rutiner for å systematisere og rapportere resultatene av LAR til de styrende organene i kommunen.

Statlig styring

Den statlige styringen av LAR har vært utøvd fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet gjennom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet.

De store variasjonene i organisering, innhold, praksis og grad av "behovsdekning" er uttrykk for at LAR har fått utvikle seg i hver enkelt region uten mye inngripen fra overordnet statlig hold. Det har bl.a. ført til at LAR ikke kan sies å være et likeverdig tilbud i hele landet. Det er ikke satt opp krav til hva som skal registreres og rapporteres til statlige myndigheter når det gjelder kvalitetssikring og kontroll regionalt og lokalt, og LAR-sentrenes ansvar i forhold til det lokale LAR- arbeidet framstår som uavklart. Det innebærer at den samlede kvalitetssikringen i LAR ikke er god nok, noe som kan

bidra både til at LAR utvikler seg uheldig noen steder, og til at tilbudet som helhet får dårlig omdømme.

Sosial- og helsedirektoratets faglige tilråding i 2003 og Helsetilsynets "bekymringsmelding" vinteren 2004 er viktige innspill fra fagmyndighetene for å ta tak i en del av disse problemene. Det at disse innspillene til nå ikke har ført til tydeligere styringsgrep fra departementene synes å ha skapt ytterligere usikkerhet blant LAR-aktørene. Det er derfor viktig at Helsedepartementet nå gir tydelige signaler til RHFene om hvordan LAR skal utvikles videre i hver enkelt helseregion.

Statens styring av de lokale legene i forhold til LAR byr på utfordringer. Avklaringen av fastlegenes rolle i forhold til LAR gjennom rundskriv I-33/01 bidro til å lette problemene med å få lokale leger med i arbeidet. Men tross mange kompetansehevende og motiverende tiltak er det fortsatt vanskelig å få lokale leger med mange steder. Det er et tankekors at et så stort antall leger kan reservere seg mot å delta i LAR, begrunnet med manglende spesialkompetanse. Det er også et tankekors at sentrenes faglige ansvar ikke gir grunnlag for å instruere eller korrigere de lokale legenes arbeid med LAR-brukere.

Omdømme – erfaringer hos brukere og aktører

Vår vurdering er at LAR i hovedsak har opparbeidet et godt omdømme blant både brukere og de involverte fagutøvere. I begge grupper finner vi riktignok kritiske merknader til innretning og gjennomføring; det er særlig tiltak rettet mot meningsfylt beskjeftigelse og nye sosiale nettverk som svikter. Men det er bred enighet om at LAR-tiltakene har

- reddet mange liv,
- styrket livskvaliteten til – trolig – alle som vært i tiltaket over noe tid, og
- bidratt til "rehabilitering" av ganske mange tunge opiatmisbrukere.

Det er samtidig utbredt tvil og bekymring blant både brukere og fagutøvere når det gjelder utviklingen mot en utvidelse av målgruppen og etablering av "lavterskel"-tilbud. Svært mange etterlyser avklaringer når det gjelder disse spørsmålene.

Strategi og ressursinnsats

Vi vurderer LAR som en langt på vei vellykket strategi for rehabilitering av opiatavhengige – så sant en ikke stiller for strenge krav til hva "rehabilitering" skal innebære. I tillegg har LAR utvilsomt fungert utmerket som et skadereduserende tiltak. Det er imidlertid en betydelig politisk og faglig utfordring å definere ambisjonsnivået for LAR og eventuelle supplerende tiltak nærmere. Det er behov for en avklaring av hvor høyt – eller lavt – listen skal legges for dem som antas å ha rehabiliteringspotensiale. Det er også behov for å klargjøre strategi overfor (potensielle) brukere som ser ut til å mangle motivasjon og/eller evne til å kutte ut rusmidler over tid.

Det hersker svært ulike oppfatninger om det bør etableres et "lavterskeltilbud" med slakkere kontroll og høy toleranse for såkalt sidemisbruk. De fleste LAR-brukere vi har snakket med, mener at et slikt tilbud vil bli en sovepute for både brukere, fagutøvere og politikere. Dersom et "lavterskeltilbud" i denne betydning blir etablert, er det vesentlig at det skilles klart fra dagens LAR, slik at en ikke blander brukere med helt ulike

holdninger og anstrengelser når det gjelder bruk av rusmidler. Gjøres ikke dette, vil de motiverte LAR-brukerne få et enda vanskeligere utgangspunkt for rehabilitering. Uansett er det et åpenbart behov for en nærmere presisering og en mer ensartet praksis når det gjelder toleranse for og reaksjoner ved såkalt sidemisbruk.

Det har vært en overraskelse for oss at rehabiliteringsdelen av LAR-tilbudet er så svakt beskrevet, særlig sett i kontrast til de detaljerte veiledningene når det gjelder medisineringsdelen. Vi tror nok at man langt på vei vil og må bruke de samme metoder overfor LAR-brukere som overfor andre klienter med rehabiliteringsbehov. Langt-komne opiatbrukere må imidlertid antas å ha noen særtrekk som frambyr spesielle utfordringer i rehabilitering. Generelt virker det påfallende at sentrale myndigheter og fagorganer ikke har sørget for en systematisk beskrivelse av hva som bør inngå i godt og virkningsfullt psykososialt og sosialfaglig arbeid overfor LAR-klienter.

Rusreformen innebærer at LAR-brukerne – og opiatmisbrukere som ikke tas inn i LAR – har fått en annen rettslig status. Slik vi vurderer det, har en ikke tatt konsekvensene av dette tilstrekkelig inn over seg ennå. Det er nødvendig med en grundig gjennomtenkning av hva det innebærer at LAR-kandidater og -brukere har fått pasientrettigheter. Særlig er det nødvendig å revurdere de sanksjonsmidler som er lagt inn i LAR-systemet, dvs utskrivning som reaksjon mot "sidemisbruk" og trusler eller vold. Disse reaksjonsformene har vakt lite oppsikt så lenge LAR-brukerne var definert som sosialklienter, men de står seg dårlig når sammenligningsgrunnet blir andre pasientgrupper i helsevesenet.

Ressurstilførselen til LAR ligger åpenbart langt under det det er behov for. Målgruppen er definert som vesentlig større enn opprinnelig antatt, og ressursinnsatsen overfor enkeltbrukere er i mange tilfelle altfor liten til å kunne gi de ønskede resultater. En virksom strategi krever at ressurstilgangen står i forhold til behovene. Sentrale myndigheter må tilse at kommunene og LAR-sentrene settes i stand til å gjøre sin del av jobben. Samtidig bør det legges innsats i å finne ut av årsakene til at ressursutnyttelsen varierer såpass mye mellom regionene.

Anbefalinger

På bakgrunn av våre undersøkelser og vurderinger vil vi gi følgende konkrete innspill til det videre arbeidet med LAR:

1. Rehabiliteringsmålet knyttet til LAR bør opprettholdes for alle. Full rehabilitering bør være det overordnede målet for alle, selv om brukernes egne individuelle mål må respekteres. Inntil alle elementene i full rehabilitering er realisert, bør det alltid være et mål å bringe brukeren et skritt videre.
2. Det bør ikke innføres noe særskilt lavterskeltilbud. Det bør heller vurderes å endre utskrivningsreglene slik at utskrivning bare kan skje på grunnlag av medisinsk vurdering, det vil si at pasienten ikke har nytte eller effekt av behandlingen som står i forhold til kostnadene. Det bør også på alle plan arbeides for å sikre at det ikke skjer en gradvis glidning bort fra rehabiliteringsmålet.
3. Med sikte på mer enhetlig praktisering av inntakskriterier, bedret indikasjonsgrunnlag (opiatavhengighet) og effektivt innsøkningsarbeid, anbefaler vi at det tas i bruk diagnostiseringsverktøy basert på ICD-10. Sentrene bør ta i bruk slike verktøy for egen del, og de bør sørge for å evt utvikle og implementere dette i sine distrikter.
4. Det bør skapes et ens faglig grunnlag for bruken av hhv metadon og buprenorfin, og for doseringen av disse midlene.

5. Det bør framskaffes mer erfaringsbasert kunnskap om de sosialfaglige, pedagogiske og psykologifaglige virkemidlene som skal føre til rehabilitering. Det bør også etableres mer systematikk og metodebaserte opplegg for rehabiliteringsinnsatsen.
6. Søknad fra sosialtjeneste eller fastlege bør betraktes som henvisning til utredning fra spesialisthelsetjeneste på linje med annen slik henvisning. Pasientrettigheter og klageadgang bør gjøres fullt gjeldende også for de delene av behandlingen/henvisningen som reguleres av sosialtjenesteloven.
7. Ansvar og oppgaver for spesialisthelse delen av LAR, dvs LAR-sentrene, bør gjøres mye tydeligere. Det bør etableres sentrale retningslinjer for sentrenes ansvar og oppgaver i forhold til lokale aktører både når det gjelder behandling (klinikk), veiledning og oppfølging/kontroll. LAR-sentrene bør være kunnskapsinstitusjoner med ansvar for kunnskap om alle sider ved behandlingen, både medisinsk, sosialfaglig og psykologisk. Det bør legges særlig vekt på å styrke sentrenes systemkompetanse, slik at sentrene blir bedre bidragsytere i forhold til hensiktsmessig organisering av de sentrale og lokale delene av LAR-apparatet, involvering av aktuelle aktører, samt opplegg for kvalitetssikring av LAR-arbeidet.
8. De regionale helseforetakene (RHFene) bør organisere sin LAR-virksomhet slik at den kan ha både tilstrekkelig spisskompetanse og tilstrekkelig nærhet til og kontakt med lokale aktører. Organiseringen bør sikre at brukerne og aktørene bare forholder seg til to nivåer – spesialistnivået og det lokale nivået. Spesialistnivået bør også ha et særskilt ansvar for å sikre nødvendig kontakt til og tilgang på psykiatrisk behandling.
9. For å sikre at LAR blir et likeverdig utbygd tilbud i alle helseregioner bør LAR-sentrene finansieres med særskilte midler inntil antatt full kapasitet er bygget opp. Alternativt kan det vurderes et system med "stykkprisfinansiering" med ulik pris for pasienter i ulike faser.
10. Kommunene bør få tydeligere pålegg om å gjennomføre og følge opp viktige tiltak, særlig egnet bolig, atskilt fra rusmiljøer, og egnete, individuelt tilpassete tiltak for å gi brukere arbeid eller annen meningsfylt beskjeftigelse. Det bør også vurderes tiltak for å gi kommunene flere virkemidler her, f eks vernede arbeidsplasser og utvidede attføringsordninger.
11. Den videre utviklingen av LAR i Norge bør ha "alminneliggjøring" som generelt siktemål – dvs at LAR i størst mulig grad integreres i eksisterende tjenestetilbud, herunder allmennlegetjenesten, og knyttes opp til vanlige sosiale arenaer.

2 MANDAT, EVALUERINGSMODELL OG ARBEIDSOPPLEGG

2.1 Mandatet

Ifølge Sosial- og helsedirektoratets kravspesifikasjon for evalueringen, har Helsedepartementet gitt direktoratet i oppdrag å få gjennomført en uavhengig og helhetlig evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, ved hjelp av ett eller flere forskningsmiljøer. Resultater fra evalueringen vil inngå i departementets arbeid med det gjeldende regelverket for legemiddelassistert rehabilitering.

Kravspesifikasjonen presiserer at evalueringen skal ta utgangspunkt i rehabiliteringsarbeidet i kommunene, og ta høyde for de ulike organisatoriske løsningene og dimensjoneringen av tiltakene i Norge.

Et sentralt spørsmål er hvilke innsatsmidler som inngår og hvordan tilbudet gjennomføres. Herunder skal tiltaksplaner (individuelle planer) som verktøy i LAR-behandlingen beskrives. Ulike rehabiliteringsmodeller skal presenteres og sammenlignes.

De ulike tjenesteyterne skal identifiseres og samhandlingen/organiseringen av arbeidet beskrives. Evalueringen skal fokusere på samarbeid mellom regionalt senter eller team og kommunen, og på hvordan rehabiliteringsarbeidet organiseres internt i kommunen. Oppgavedeling mellom regionalt LAR-senter/team og kommunene bør drøftes og eventuelle kritiske overføringspunkter identifiseres.

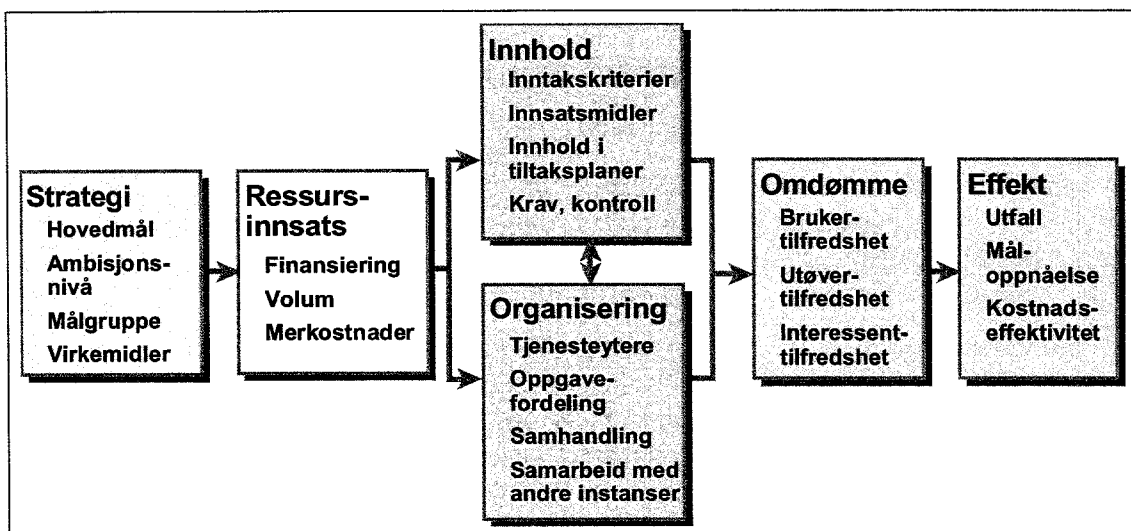
Brukeres erfaring med tilbudet skal beskrives, og grad av måloppnåelse bør presenteres.

Evalueringen skal fokusere eventuelle regionale forskjeller på alle disse punktene.

I henhold til mandatet er evalueringen avgrenset til situasjonen i Norge.

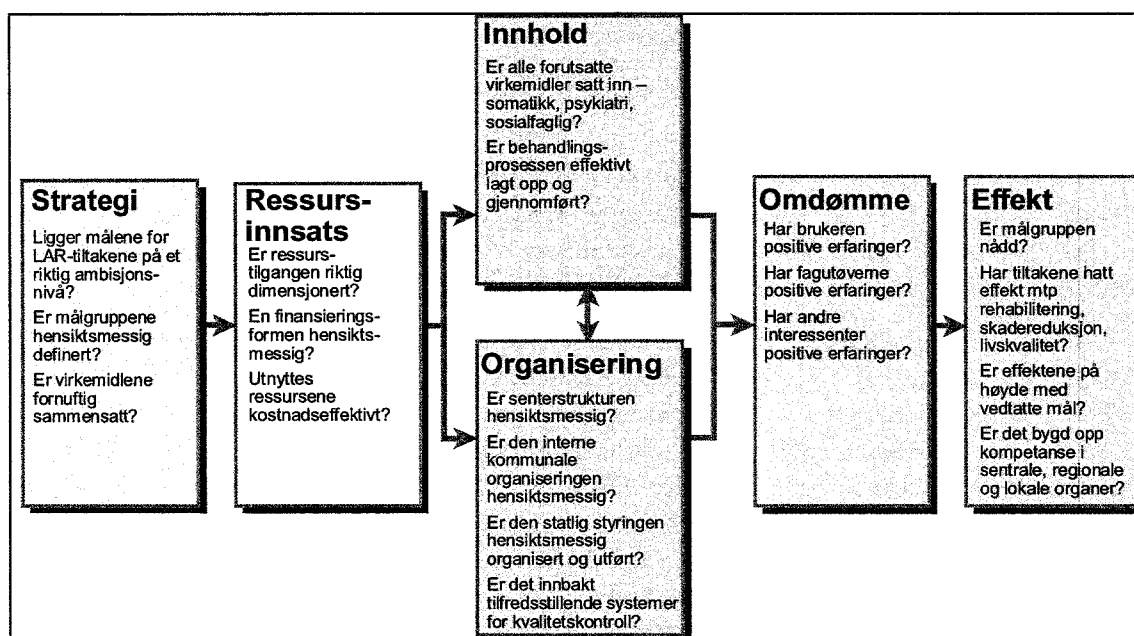
2.2 Evalueringsmodellen

Problemstillinger og fokusområder for evalueringen har vært ytterligere presisert i møter mellom oppdragsgiver og evaluator. De temaer evalueringen skal belyse, er sortert i figur 1 nedenfor. Som det framgår, er det tilføyd enkelte temaer som vi har regnet som vesentlige for en helhetlig evaluering av LAR-tilbudet.



Figur 1. Evalueringsmodell.

I figur 2 nedenfor er problemstillingene konkretisert til nøkkelspørsmål evalueringen skal besvare. Rapporten er disponert etter disse nøkkelspørsmålene.



Figur 2. Nøkkelspørsmål for evalueringen.

I modellen, og i teksten som følger, benytter vi betegnelsen "LAR-brukere" eller bare "brukere" om dem som er eller har vært inne i tilbudet. Vi har valgt denne nøytrale betegnelsen framfor "klienter" eller "pasienter". De sistnevnte betegnelsene benyttes likevel enkelte steder der det passer med sammenhengen.

2.3 Arbeidsopplegget for evalueringen

Evalueringen er utført i tidsrommet november 2003 – november 2004.

Tre representanter for Sosial- og helsedirektoratet har utgjort *styringsgruppen* for evalueringen. Styringsgruppen har hatt 5 møter; i tillegg har vi hatt 2 møter med vår hovedkontakt hos oppdragsgiver. Disse møtene har tjent til å sikre relevans og kvalitet og å holde oppdragsgiver løpende orientert om utviklingen av arbeidet.

Det har videre vært nedsatt en *referansegruppe* med representanter for brukere, fagutøvere og statlige organer; nærmere bestemt Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Brukernes InteresseGruppe (BIG), Rustjenesten i Kristiansund kommune, Skårer legesenter, Rusmiddeletaten i Oslo kommune, Vestfoldklinikken, Rustjenesten i Østfold, Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) og Statens helsetilsyn. Denne gruppen har hatt tre møter, der evaluator har fått svært nyttige innspill.

Datainnsamlingen er gjennomført ved

- dokument- og statistikkstudier,
- intervjuer, og
- innhenting av skriftlige opplysninger og kommentarer.

Datagrunnlaget for beskrivelser og analyser består således av både kvalitative og kvantitative data.

Dokumentene vi har studert omfatter bl a komitéinnstillingen til Stortinget, departementets retningslinjer for MAR/LAR, ulike veiledere for MAR/LAR, metodehåndbøker og prosedyrebeskrivelser, eksempler på søknader og tiltaksplaner, flere lokale erfaringsrapporter, og en rekke norske og utenlandske undersøkelser.

Av *statistisk materiale* har vi hatt særlig stor nytte av data fra den årlige nasjonale *statusrapporteringen* om klienter i LAR. Undersøkelsen administreres av Universitetet i Oslo¹, og er basert på at behandlere fyller ut skjema om hver enkelt LAR-klients sosiale og medisinske status og utvikling per årsslutt. Statusundersøkelsen er gjennomført i 2002 og 2003,² og det er tallmaterialet fra 2003 vi benytter oss av. Dette er gjengitt i vedlegg III Statistikk. Vi har også gjort utstrakt bruk av statistikk basert på den *løpende tertialrapporteringen* om MAR (siden 1999). Dette er statistikk om produksjon mv på fylkes-, regionalt og nasjonalt nivå. I rapporten anvender vi referansen "Produksjonsstatistikk" om disse tallene.

Intervjuene er gjennomført i flere serier i alle de fire LAR-regionene. Vi har utført 19 intervjuer med til sammen 38 fagutøvere i sentre og fylkesledd, 37 intervjuer med til sammen 53 fagutøvere i 26 kommuner/bydeler, 8 intervjuer med ulike samarbeidspartnere, og 29 intervjuer med til sammen 36 brukere. Samlet er det altså tale om 93 intervjuer med 135 personer. De fleste er gjennomført ansikt til ansikt, men noen av fagutøverintervjuene er tatt pr telefon.

¹ Medisinsk fakultet, Instituttgruppe for psykiatri, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer.

² I rapporten anvender vi følgende referanse når vi benytter oss av data fra disse statusundersøkelsene: *UiO: Statusdata 2003* (evt 2002).

Intervjuene i sentrene og kommunene var rettet inn mot behandlingsfilosofi, kompetanse og ressursbruk, senterets bidrag til "sine" kommuner, tiltakenes effekt, viktigste endringer i situasjon og arbeidsform de siste tre år, og de viktigste utfordringer de kommende år. I tillegg gjennomgikk vi i detalj hvordan tiltaket var organisert og lagt opp.

Brukerintervjuene dreide seg om brukerens forhistorie, erfaringer fra tidligere behandling og tiden i LAR, utbyttet av tilbudet, framtidsutsikter, og brukerens anbefalinger om endringer i tiltaket. Stort sett fikk vi hjelp av sosialtjenesten i kommunene/bydelene med å etablerte kontakt med aktuelle intervjupersoner blant brukerne. Ca en fjerdedel av brukerne kom vi i kontakt med via ulike møtesteder og aktuelle tiltak.

Intervjumaterialet er svært rikholdig og har avdekket et bredt spekter av erfaringer og synspunkter blant både fagutøvere og brukere. Vedrørende representativitet gjelder følgende:

- Sentrene med eventuelle underliggende team er dekket fullt ut.
- Kommuneutvalget er relativt stort, men utvalget er ikke tilfeldig. Vi har plukket ut kommuner med sikte på å få et bredt sammensatt utvalg når det gjelder kommunetype, nærhet til LAR-senteret, mv. Utvalget omfatter også kommuner som i 2003 mottok særskilte midler til LAR-prosjekter og -tiltak fra SHdir.
- Selv om også antall brukerintervjuer er relativt stort, kan ikke utvalget betraktes som representativt. Den største skjevheten ligger i at vi bare har snakket med brukere som var aktive LAR-brukere da intervjuene ble foretatt. Det har ikke vært praktisk mulig å få supplert dette materialet med brukere som ennå ikke var tatt inn i tiltaket, eller som var falt ut.³ Det er likevel vår oppfatning at brukerintervjuene gir verdifull informasjon som dels bekrefter og dels korrigerer fagutøvernes synspunkter.

I rapporten er det mer fokus på situasjonen i Oslo enn hva som er tilfellet for de øvrige regionene og sentrene. Dette skyldes både at Oslo har en så stor andel av landets LAR-brukerne og at en så stor del av de samlede senterressursene ligger her. I tillegg er LAR-systemet i Oslo (og i ØST) på mange måter forskjellig fra det vi finner i landet for øvrig, noe vi har funnet nødvendig å vektlegge i beskrivelse og vurdering. Delingen av det opprinnelige senteret MARIO i en statlig og en kommunal del, og det arbeidet som nå er i gang for å utforme de respektive enhetenes rolle og oppgaver, mener vi representerer et godt utgangspunkt for et helhetlig LAR-tilbud for region ØST og for Oslo.

³ Mange av dem vi intervjuet har imidlertid vært ute av tiltaket i perioder.

3 EVALUERINGSGRUNNLAG

3.1 Mål og faglige premisser

3.1.1 Utgangspunkt

LAR-tiltakene ble opprinnelig betegnet "metadonassistert rehabilitering". "Metadon" ble skiftet ut med "legemiddel" i 2000 for å åpne opp for bruk av andre aktuelle medikamenter; i praksis har dette vært begrenset til buprenorfin (Subutex).

Av begge betegnelser kan det utledes tre sentrale idéer bak tiltaket:

1. Målet for innsatsen skal være rehabilitering.
2. Kjemisk stabilisering ved hjelp av legemidlet er ikke et mål i seg selv, men et hjelpemiddel i rehabiliteringen av brukeren.
3. Tilførsel av legemidlet betraktes ikke som et tilstrekkelig virkemiddel for rehabilitering, men som et bidrag.

Begrepet "rehabilitering" inneholder en implisitt forutsetning om at klienten tidligere har vært habil, og at funksjonsevnen skal reetableres med sikte på en tilpasning opp mot normale funksjonskrav i samfunnet. Som vi skal komme tilbake til, er denne forutsetningen omdiskutert.

Det er heller ikke klart om målet faktisk er rehabilitering, eller også – eller like gjerne – økt livskvalitet og/eller skadereduksjon.

I kapittel 5 i Innst S nr 184 (1996-1997) om narkotikapolitikken⁴ innledet sosialkomitéen sine merknader slik:

Komiteen mener det er svært urovekkende at så mange dør av overdoser hvert år.

Komiteen vil fremheve de gode erfaringene man har fra metadonprosjektet i Oslo. Foreløpige evalueringer konkluderer med at frafallet har vært lite, og et stort antall av brukerne er ute i en arbeids- eller utdanningssituasjon. Det er ingen tvil om at dette prosjektet har gitt en del av de tyngste misbrukerne en betydelig økt livskvalitet og muligheter til å ha en verdig livssituasjon.

Forebygging av overdosedødsfall er skadereduksjon, ikke rehabilitering. Det er dermed svært interessant at det er dette sosialkomitéen tok som utgangspunkt.

Komiteen understreket videre at metadonbehandling ikke er en lettvinnt vei ut av et rusmiddelmissbruk, men det gir misbrukeren en mulighet til å få orden på tilværelsen slik at det er mulig å leve et mer verdig liv. Så bemerker komitéen følgende:

Komiteens flertall ... ønsker derfor ikke at det skal settes et tak på hvor mange som kan motta behandlingen pr. år. ... Komiteen vil peke på at en økning av dette tilbudet nå må ses gjort ut fra et ønske om skadereduksjon, hvor man bytter ut opiatmissbruk med et substitutt for å bedre livskvaliteten for tunge misbrukere.

⁴ Innst.S.nr.184 (1996-1997): Innstilling fra sosialkomiteen om (1) narkotikapolitikken og (2) forslag fra stortingsrepresentant Ellen Chr Christiansen om å legalisere narkotika og å avkriminalisere brukerne.

Det tilføyes imidlertid :

For å gi et godt tilbud må man også opprettholde den helhetlige tiltakspakke som metadonprosjektet i dag tilbyr brukerne. Det må gis boligtilbud i rusfritt miljø, samt mulighet for arbeid/utdanning.

I Sosial- og helsedepartementets Rundskriv I-25/98⁵ defineres det fem mål for MAR. Både rehabilitering og skadereduksjon er dekket:

"Målet med bruk av metadon, som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, er å bistå de aktuelle misbrukerne med å:

- komme seg ut av de hardt belastede sprøytemisbruksmiljøene
- nyttiggjøre seg annen hjelp og behandling
- redusere skadene av sprøytemisbruket og faren for overdosedødsfall
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og
- oppnå rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering."

3.1.2 Endringer og presiseringer underveis

Rundskriv I-25/98 ble erstattet med Rundskriv I-35/00⁶ to år senere. I tillegg til at "metadonassistert" ble erstattet med "legemiddelassistert", ble målformuleringene justert, til følgende:

- Komme seg ut av de hardt belastede misbrukermiljøene,
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak,
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall,
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, og
- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og – så langt mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering.

Her er "annen hjelp og behandling" skiftet ut med "andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak". Omsorgstiltak benyttes normalt om tiltak med et annet siktemål enn rehabilitering. Reformuleringen av siste ledd trekker i samme retning. "Bedret livskvalitet" bringes inn som mål i seg selv, og rehabilitering er nå bare et mål "så langt det er mulig".

Retningslinjene i Rundskriv I-25/98 var midlertidige, og det er for så vidt ikke overraskende at man så behov for å justere og presisere. Vi oppfatter det imidlertid slik at endringene gir uttrykk for en reell målforskyvning. I og for seg ligger målene i Rundskriv I-35/00 kanskje nærmere Stortingets intensjoner enn de opprinnelige.

3.1.3 Rehabilitering, skadereduksjon eller livskvalitet?

Livskvalitet, skadereduksjon og rehabilitering oppfattes ofte som tre nivåer langs én dimensjon. Dette er imidlertid diskutabelt, og en slik oppfatning kan bli en sovepute.

"Rehabilitering" er et begrep som har vært gitt forskjellig betydningsinnhold i ulike sammenhenger og til ulike tider. Begrepet ble opprinnelig benyttet om bistand til fysisk funksjonshemmede, og det er også i tilknytning til dette området at det har vært kritisert

⁵ Rundskriv I-25/98: Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.

⁶ Rundskriv I-35/00: Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere

og raffinert. Denne begrepsutviklingen er interessant med tanke på begrepsbruk og tenkemåte innenfor rusfeltet.

Rehabilitering og livskvalitet

Med "rehabilitering" siktet man fra først av til innsats for å bringe enkeltpersoner med funksjonshemninger opp til et mest mulig "normalt" funksjonsnivå. Siktemålet var mestringssevne, selvhjulpenhet og selvstendighet i et samfunn innrettet for funksjonsfriske.

Denne tilnærmingen til rehabilitering ble utfordret på syttitallet:

- Det ble for det første framholdt at "normalisering" i mange tilfelle er et urealistisk og diskriminerende mål, og at det (også) må investeres i å tilrettelegge miljø og livsbetingelser for dem som ikke har full funksjonsevne. Dermed kan også funksjonshemmede delta i samfunnet på lik linje med funksjonsfriske.
- For det andre ble det poengtert at maksimal mestringssevne ikke skal oppstilles som et selvsagt mål. Å strebe etter høyest mulig ferdighets- og funksjonsnivå fører ikke nødvendigvis til høyere livskvalitet. Hva den enkelte oppfatter som livskvalitet og et meningsfylt liv vil variere, og bistand til funksjonshemmede må derfor individualiseres. Sosialt nettverk og givende aktiviteter kan være viktigere for brukeren enn ferdigheter oppimot normalkravene.
- I forlengelsen av denne tankegangen ble det, for det tredje, framholdt at den funksjonshemmede selv må ha vesentlig innflytelse på utpekingen av både mål og midler for rehabiliteringen.

Disse argumentasjonslinjene har langt på vei hatt gjennomslag i helsepolitikken. I Helsedirektoratets veiledningshefte nr 3 1991 er det riktignok fortsatt funksjons- og mestringssevne som er kjernen, men livskvalitet og selvbestemmelse er kommet med i definisjonen:

"Medisinsk (re)habilitering kan defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av skade, sykdom eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringssevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser".

I Rehabiliteringsmeldingen (St meld nr 21 1998-99 "Ansvar og meistring") framheves "sosial deltakelse" som mål, og brukerens kontroll over sin egen rehabilitering understrekes ytterligere:

"[Rehabilitering er] tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Rehabilitering vil ikkje seie å 'gjere frisk', men å hjelpe den det gjeld til å mestre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking. Definisjonen avgrensar også mot ordinær pleie- og omsorgsverksemd, mellom anna gjennom målsettjingane og fokus på eiga styring og eigeninnsats."

"Rehabilitering" er i løpet av disse årene også blitt skarpere avgrenset mot "behandling". Behandling har som regel som mål å kurere eller begrense sykdommen. Målet med rehabilitering er derimot å avhjelpe konsekvensene av en sykdom eller en skade, og rehabilitering settes dermed først inn når det er fastslått at helbredelse ikke er mulig.

Vi kan etter dette konkludere med at "rehabilitering" og "livskvalitet" i utgangspunktet er distinkte begreper, men at rehabiliteringsbegrepet er blitt utvidet slik at det i nyere dokumenter langt på vei omslutter livskvalitetsbegrepet.

Skadereduksjon

I motsetning til "rehabilitering" har "skadereduksjon" sin basis i rusfeltet. Skadereduksjonsprinsippet ble introdusert på 80-tallet som et motstykke til den rådende rehabiliteringstenkning. I sin strengeste definisjon dekker begrepet tiltak som ikke sikter inn mot opphør av rusmiddelmisbruket, men motvirker eller begrenser skadevirkninger av misbruket for individet selv eller for samfunnet.

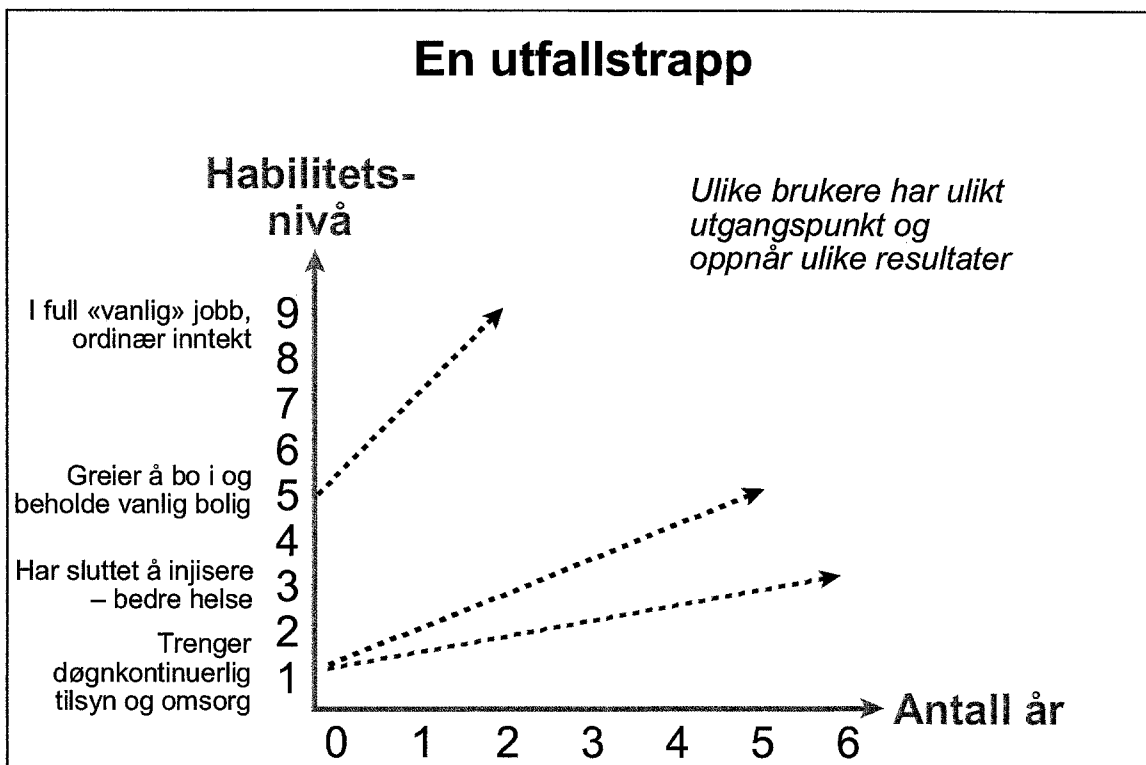
I Canada, som fastsatte skadereduksjon som sin rusmiddelpolitiske strategi i 1987, definerte man samtidig fire typer skade:

- *Fysisk skade.* Død, sykdom, avhengighet, skader som følge av ulykker og vold.
- *Psykisk skade.* Frykt for vold og kriminalitet, følgeskader av familiesammenbrudd, annen emosjonell belastning.
- *Samfunnsmessig skade.* Sammenbrudd i sosiale systemer.
- *Økonomisk skade.* Økonomisk skade for misbrukeren selv (tapt arbeidsinntekt mv) og for samfunnet (reduert produktivitet, økte helseutgifter, reduserte skatteinntekter og andre tap som skyldes illegal økonomi).

Et enkelt, men fortsatt omstridt, skadereduserende tiltak er utdeling av rene sprøyter, eventuelt supplert med et tilbud om sprøyterom med tilgang til helsepersonell.

Da metadonbehandling ble lansert, oppfattet mange fagfolk og en del politikere dette tiltaket som ren skadereduksjon som ville innebære kapitulasjon på misbrukernes vegne. Som grunnlag for et slikt standpunkt kan det anføres at det oftest er tale om livslang tilførsel av kjemiske stoffer som har delvis samme virkemåte som illegale opiater. Generelt var medikamentering i strid med den sosialfaglige ideologi som dominerte rusfeltet i sytti- og åttiårenes Norge.

De ideologiske motsetningene er bygget ned i løpet av de siste ti-femten år. Skadereduksjonsbegrepet benyttes nå i en mykere betydning enn den opprinnelige. Mange ser på skadereduksjon som første trinn i et målhierarki der rusfrihet og full samfunnsintegrasjon er det endelige mål – iallfall for noen. Det erkjennes at mange som tas inn, har et så dårlig utgangspunkt at en ikke kan forvente store framskritt. Behandlingsmål for enkelte klienter vil dermed variere. Ulike klienters forventede progresjon over tid kan dermed illustreres som vist i figur 3 på neste side.



Figur 3. "Utfallstrappen" – utfall langs én dimensjon.

Sammenhenger mellom utfallstypene

Som vi har sett, kan de tre utfallstypene ikke skilles skarpt fra hverandre, og for både brukere, fagfolk og politikere faller det nok naturlig å slutte seg til hierarkitankegangen. Dette gir imidlertid et noe forenklet bilde som kan tilsløre at skadereduksjon, rehabilitering og livskvalitet ikke nødvendigvis er tre sider av samme sak.

Skadereduksjon tar eksplisitt utgangspunkt i ulemper for samfunnet så vel som for misbrukeren selv. Det er dermed ikke noe indre, logisk sammenfall mellom skadereduksjon og livskvalitet for misbrukeren. For samfunnet er det åpenbart gunstig at en stoffmisbruker avstår fra kriminalitet til fordel for ordnede inntektsforhold – men for vedkommende selv kan det innebærer redusert nettoinntekt og tap av et sosialt nettverk som oppleves som bedre enn intet. Enkelte av de elementer som inngår i rehabilitering, behøver heller ikke styrke opplevd livskvalitet i og for seg. Selv om de fleste ønsker seg ordnede boforhold, arbeid og fast inntekt, kan noen slite så mye med å mestre tilpasningskravene at den daglige trivselen snarere synker enn øker etter hvert som man blir stadig mer "rehabiliteret":

"Metadonen har gitt meg et helt flatt liv. Livet med heroin var iallfall spennende."

"Jeg har det jo bra ... men jeg er stort sett aleine. Det har vært nødvendig å kutte all kontakt med gamle kompiser. Nå lever jeg som en einstøing, og det er litt tungt."

Tabell 1 på neste side antyder hvilke definerende kjennetegn som kan stilles opp for de tre utfallstypene.

Tabell 1.

Utfallsfokus for tre tenkelige mål for LAR-tiltak			
Typer "utfall"	Livskvalitet	Skadereduksjon	Rehabilitering
Bruk av rusmidler			X
Utdannelse/arbeid			X
Inntekt		X	X
Kriminalitet		X	X
Boforhold		X	X
Liv og helse	X	X	X
Sosialt nettverk	X		X
Trivsel	X		

Som det fremgår, inngår alle elementer avmerket under skadereduksjon også i rehabiliteringsbegrepet. Avvikling av eller reduksjon i bruk av rusmidler, som er det sentrale element i rehabilitering, inngår imidlertid ikke i skadereduksjonsbegrepet. Skadereduksjon kan dessuten etterstrebtes gjennom virkemidler som motvirker, eller iallfall ikke bidrar til, rehabiliteringsformålet. Sprøyteutdeling er ett eksempel, uføretrygding et annet. Livslang utdeling av opioider kan være et tredje eksempel: Enkelte vil fortsatt mene at dette innebærer en varig medikamentavhengighet som pr definisjon står i veien for full rehabilitering.⁷

Nå er det ikke slik at ethvert skadereduserende tiltak vil underminere rehabilitering. Mange slike tiltak er fullt forenlige med rehabiliteringsinnsats. At redusert kriminalitet (også) er til fordel for samfunnet, reduserer heller ikke velferdsvirkningen for den enkelte ved å komme ut av en kriminell løpebane. Livskvalitet, skadereduksjon og rehabilitering kan betraktes som fasetter av et overordnet velferds mål. En rendyrking av ett delmål eller valg av éndimensjonale virkemidler kan skape indre spenninger, men det vil i mange tilfelle være mulig å sette sammen tiltak som støtter opp om hverandre snarere enn å motvirke hverandre. Dette er noe det bør sees hen til både ved utformingen av LAR som totaltilbud og ved planlegging av tiltak for enkeltbrukere.

3.2 Målgruppe

Hva som er målgruppen for LAR bestemmes av inntakskriteriene – *hvem* kvalifiserer for LAR - og *hvor mange* er de. Oppfatningen av målgruppen er endret betraktelig over tid, både som en følge av endrede definisjoner av gruppen mht *egenskaper*, og som følge av endrede anslag om gruppens *størrelse*. Anslag om *opiatavhengige*, hvor mange av disse som *kvalifiserer* for LAR, og evt hvor mange av disse igjen *ønsker*⁸ LAR, er

⁷ At mange som tidligere var motstandere av LAR-tilbud nå støtter det, skyldes vel iallfall delvis at man har innført et tankemessig skille mellom "avhengighet av rusmidler" og "avhengighet av legemidler".

⁸ Det er ikke alle som ønsker seg inn i LAR, for eksempel rapporterer en bydel i Oslo med ca 90 i LAR og ca 20 på søke- og venteliste, at de har en gruppe på 50-60 personer som oppfyller inntakskriteriene, men som ikke ønsker LAR.

nødvendigvis beheftet med stor usikkerhet. For eksempel gir ikke søkerlistene til LAR indikasjoner om udekkede behov eller hvor sterk etterspørselen egentlig er.

3.2.1 Utgangspunkt

I Rundskriv I-25/98 ble målgruppen for metadonassistert rehabilitering beskrevet slik:

"Målgruppen er rusmiddelmissbrukere som har hatt et langvarig, opiattdominert misbruk uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har bedret fungeringsevnen og livssituasjonen."

Rundskrivet definerte følgende inntakskriterier:

- Minst 10 år med vedvarende opiattdominert misbruk
- Brukeren skal ha fylt 25 år⁹
- Ikke-medikamentell behandling skal være prøvd i rimelig omfang uten resultat.

Da den nasjonale styringsgruppa for forsøksprosjektet med metadonassistert behandling (1994-97) la fram sin tilråding om å etablere behandlingen som fast og landsomfattende tiltak, ble det anslått at tiltaket burde dimensjoneres for 200-250 brukere.

Før oppstart av MAR anslo man at det var ca 600 mennesker som hadde behov for et slikt tiltak. Samtidig mente man at det i Norge fantes mellom 5.000 og 8.000 misbrukere med tunge rusproblemer.¹⁰ Man mente altså at ca 10 % av disse menneskene ville ha behov for eller nytte av metadonassistert rehabilitering. Ved oppstarten av MAR som landsomfattende tilbud i 1997 ble det, etter anslag innsendt fra hvert enkelt fylke, anslått et behov på 750 brukere totalt for hele landet.

3.2.2 Endringer og presiseringer underveis

I Rundskriv I-35/2000 ble beskrivelsen av målgruppen justert. Utgangspunktet er ikke lenger at andre tiltak ikke har "bedret fungeringsevnen og livssituasjonen", men at de ikke har "forhindret at tilstanden domineres av opiatavhengighet". Dette innebærer en dreining fra et rehabiliteringsfokus til et avhengighetsfokus.

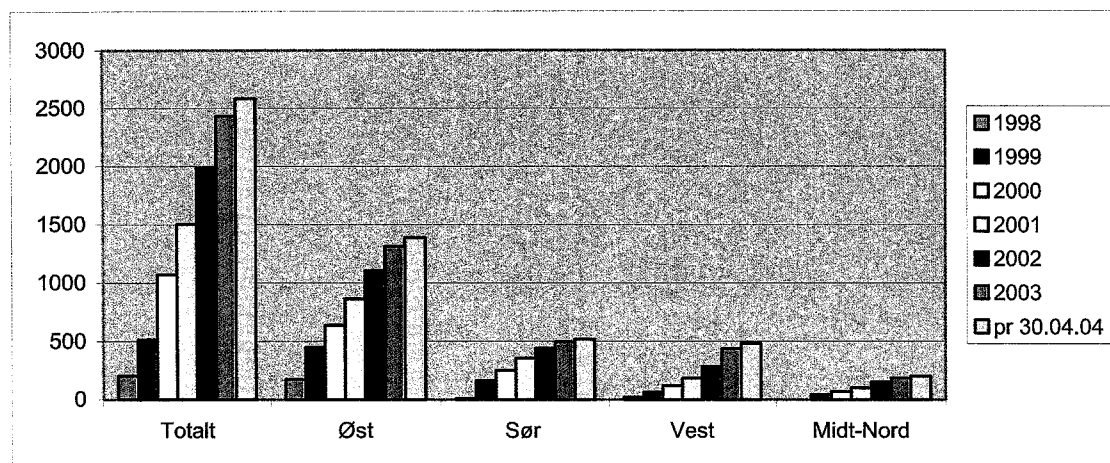
Nyere behovsanslag legger til grunn at vi har et sted mellom 10.000 og 15.000 tungt belastede sprøytenarkomane. Det innebærer noe i nærheten av en dobling av anslaget fra 1998. I sin bekymringsmelding om udekkede behov for LAR, legger Helsetilsynet til grunn at ca 70% den antatte populasjonen av sprøytenarkomane er aktuelle for LAR, altså minst 7.000 mennesker.¹¹

Statistikken over LAR-brukere bekrefter at målgruppen oppfattes som langt større i dag enn ved oppstart. Ved utgangen av 2003 var det til sammen vel 2.400 brukere inne i LAR, og allerede ved utgangen av første tertial 2004 er tallet vokst til nesten 2.600. Utviklingen totalt og i hver enkelt region framgår av figur 4 på neste side.

⁹ Det var opprinnelig foreslått en aldersgrense på 30 år.

¹⁰ "Legemiddelassistert rehabilitering – manglende behandlingsskapasitet". Brev fra Helsetilsynet til Helsedepartementet 20.02.2004.

¹¹ Op cit.



Figur 4. Antall brukere inne i LAR-tiltak 1998 - 2003.

Det er klare regionale forskjeller i volumutviklingen i LAR. De siste tre år har økningen vært relativt størst i VEST (365%), deretter følger M/N (276%), ØST (226%) og SØR (198%).

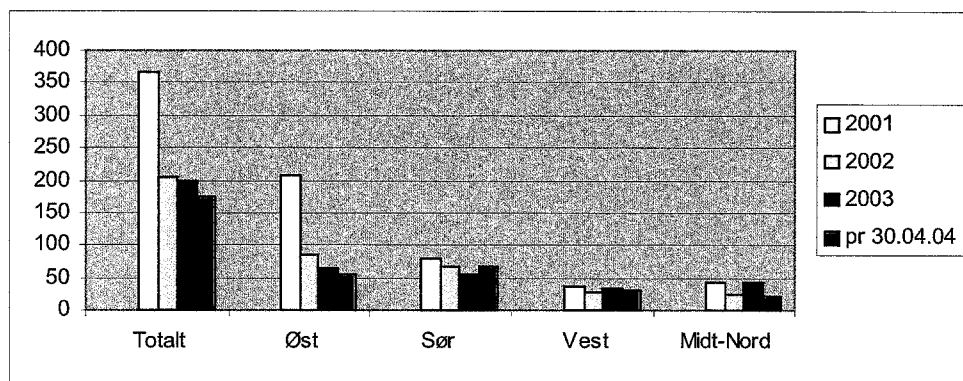
Det er fortsatt press på å komme inn i LAR. Produksjonsstatistikken viser hvor mange som er godkjent, men ikke startet opp (venteliste), og hvor mange søknader som er registrert, men ikke ferdigbehandlet i de regionale sentrene (søkerlister). Utviklingen i vente- og søkerlistene framgår av figur 5 og 6 på neste side.

Ventelistene har økt de tre siste årene, mens søkerlistene har gått ned. En stor reduksjon av søkere i region Øst i 2001 skyldes intern opprydning i MARIO, som gikk ut på å ferdigbehandle gamle søknader fra Oslo og luke ut de som ikke lenger var aktuelle. Reduserte søkerlister i 2002 og 2003 er imidlertid i det alt vesentlige en reell nedgang i antall søknader som kommer inn.¹²

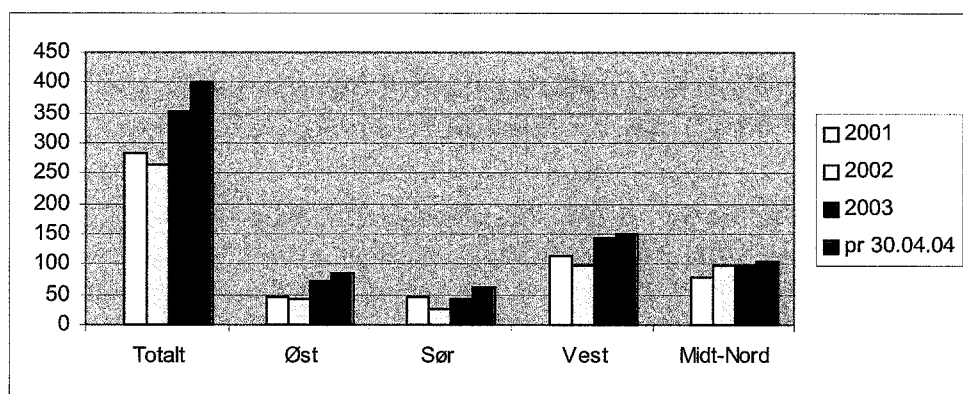
Nedgangen i søkerlister kan ikke tas som uttrykk for at det reelle behovet eller etterspørselen er redusert. Noen sentre har innført inntaksstopp i perioder, og tar dermed heller ikke imot søknader. Det er også en del kommuner som holder igjen søknader nettopp fordi det er lange ventelister og kapasiteten i sentrene er for lav.

Endringene i så vel anslag som faktisk klientvolum i LAR må innebære at målgruppen ikke bare oppfattes som større, men også som *kvalitativt* sett annerledes i dag enn da en startet opp LAR. Vi drøfter denne utviklingen nærmere i kapittel 4.1.

¹² En fylkesfordelt oversikt over antall brukere totalt og antall på ventelister og søkerlister finnes i kapittel 6.2 nedenfor.



Figur 5. Antall på venteliste pr 31/12 2001-2004.



Figur 6. Antall på søkerliste pr 31/12 2001-2004.

3.3 Innhold og aktører

3.3.1 Utgangspunkt

LAR er et flerfaglig behandlingsopplegg som krever samtidig innsats fra og samarbeid mellom ulike instanser, forvaltningsnivåer og faggrupper. Behandlingen skal, i tillegg til substitusjonsbehandling mot opiatavhengigheten, omfatte sosial rehabilitering og nødvendig somatisk og psykiatrisk behandling.

Innhold

Innholdet i et LAR-opplegg kan kort beskrives slik:

- *Innsøking og inntak*

Søknad om inntak utarbeides av sosialtjenesten i samarbeid med brukerens lege, og sendes fra kommunens sosialkontor. Søknaden skal dokumentere at søker tilfredsstiller kravene til inntak, samt at opplegget for brukeren tilfredsstiller bestemte krav; dvs. egnet bolig, individuell tiltaksplan for rehabiliteringsopplegget, praktiske og ansvarsmessige forhold knyttet til forskrivning, medikamentutdeling og urinprøvekontroller, samt at det er oppnevnt en ansvarsgruppe som skal følge søkeren gjennom prosessene framover.

Søknaden avgjøres av et statlig finansiert regionalt LAR-senter. Saksbehandlingen fram til avgjørelse varierer mellom regionene – i noen regioner vurderes søknaden av en rådgivende instans på fylkesnivå, i andre går søknaden direkte fra kommunen til det regionale senteret.

Avrusning og opptrapping

Brukeren avruses/avgiftes før oppstart og opptrapping på substitusjonsmedikamentet skjer gradvis. Avrusning og opptrapping kan foregå i institusjon eller poliklinisk. Det skjer også en del opptrapping i fengsel når brukeren tas inn i LAR under soning og allerede er avrust i fengselet.

- *Behandling, rehabilitering og oppfølging*

Substitusjonsbehandlingen er ment å gjøre brukeren bedre i stand til å nyttiggjøre seg andre behandlings- og rehabiliteringstiltak. Innholdet i behandlings- og rehabiliteringsarbeidet skal være tilpasset den enkelte brukers situasjon, ønsker og antatte potensial. Tiltaksplanen skal inneholde konkrete mål og konkrete tiltak for å nå målene. Aktuelle tiltak kan være mange og ulike avhengig av brukerens situasjon: Sosial trening, botrening, skolegang, arbeidstrening eller jobb, somatisk og/eller psykiatrisk behandling, nettverksbygging og kontakt med familie osv.

Det er en forutsetning at det legges et relativt stramt "regime" rundt LAR-brukeren:

- Viktige aktører, dvs de som skal bidra med tiltak og oppfølging, skal møte i brukerens ansvarsgruppe. Gruppen skal påse at de ulike aktørene gjennomfører avtalte tiltak og at brukeren oppfyller sin del av det avtalte programmet.
- Medikamentutdeling i henhold til bestemte prosedyrer og forutsetninger knyttet til brukers situasjon og utvikling, og til lokale forhold
- Urinprøvekontroller for å sjekke brukers medikamentinntak og rusutvikling

- *Utskrivning og reinntak*

Brukere kan skrives ut fra LAR etter eget ønske, eller de kan bli ekskludert. Dersom brukeren utøver vold eller truer med vold, eller omsetter rusmidler ulovlig, skal han/hun skrives ut av LAR. Rusing eller annen manglende oppfølging eller nytte av behandlingen, kan også føre til utskrivning. Brukeren kan tas inn igjen når han/hun viser at livsførsel og innstilling er endret.

Det er LAR-sentrene som avgjør spørsmål om utskrivning og reinntak i det enkelte tilfelle.

Aktører

Da MAR/LAR ble vedtatt som landsomfattende tilbud ved behandlingen av St meld nr 16 (1996-97) "Narkotikapolitikken" ble det understreket at tilbudet skulle bygge på det eksisterende tiltaksapparatet, at oppfølging skulle skje lokalt og at tilbudet var å anse som et supplement til det øvrige kommunale og fylkeskommunale tiltaksapparatet for rusmiddelbrukere.

For å kartlegge behovet for MAR ble fylkeskommunene i samarbeid med fylkeslegene bedt om å utarbeide oversikter over antall aktuelle brukere for denne typen behandling, samt en skisse for hvordan tilbudet kunne organiseres. Man fant at det dreide seg om 750 brukere på landsbasis. Det ble også rapportert om stor mangel på avrusningsplasser til bruk i forkant av substitusjonsbehandlingen .

På bakgrunn av det innsendte materialet ble det etablert 4 regionale metadonsentre i løpet av 1997-99: ØST, SØR, VEST og MIDT-NORD, knyttet til litt ulike regionale institusjoner. Sentrene ble tildelt statlige midler. Det ble dessuten gitt noen engangsbevilgninger til å forsterke akutt- og avrusningsfunksjoner. Tilbudet for øvrig ble forutsatt bygget opp tilpasset det eksisterende kommunale og fylkeskommunale tiltaksapparatet, og det ble ikke gitt midler utover midler til dekning av driftsutgifter til de regionale sentrene og til legemiddelkostnader for de klientene som ble tatt inn i tilbudet.

Sentrenes oppgaver var å sikre lik inntaks- og utskrivningspraksis og en omforent behandlingstilnærming. Senteret i ØST – MARIO – fikk i tillegg en rolle som nasjonalt kompetansesenter

Som nasjonalt kompetansesenter skal MARIO

- bidra til utvikling av landsdekkende kompetanse
- sikre en nasjonal utvikling i samsvar med vedtatte nasjonale retningslinjer, herunder utvikle faglige standarder
- fremme fagutvikling og kunnskapsstatus gjennom forskning, evaluering og formidling.

Den detaljerte organiseringen av de regionale sentrene var noe forskjellig utformet, tilpasset lokale regionale forhold. Bl a ble det i region SØR allerede fra starten etablert en desentralisert struktur med faglige team/sentre i hvert fylke, og inntaksmyndigheten var delt i to: En felles for Agderfylkene (MARIA) og en for samarbeidet mellom de tre øvrige fylkene.

Den sosiale rehabiliteringen var fra starten forutsatt å være kommunenes ansvar, på linje med annet kommunalt ansvar for rusmisbrukere. Samarbeidet mellom sentrene og kommunene og det flerfaglige arbeidet rundt hver enkelt bruker var forutsatt organisert rundt ansvarsgruppene for hver enkelt bruker.

Legemiddelet forskrives enten av lege i LAR-senter eller av lokal lege. Utdeling av legemiddelet skjer som regel i apotek, men også andre steder tilpasset lokale forhold og muligheter.

3.3.2 Endringer og presiseringer underveis

Innholdet i selve LAR-behandlingen er ikke endret siden etableringen av LAR som landsdekkende tiltak. Det er imidlertid utviklet litt ulik praksis i de enkelte regionene – dette er nærmere vurdert i kapittel 5 nedenfor.

Substitusjonsbehandlingen ble fra starten gitt med metadon. Etter forsøksprosjekter ble et buprenorfinpreparat (Subutex) godkjent som legemiddel på det samme bruksområdet – fra 2000. Det er nå opp til forskrivende lege å avgjøre om brukeren skal behandles med metadon eller buprenorfin.

I 2001 presiserte staten i et eget rundskriv ansvarsforholdene mellom regionsentrene, kommunene og klientens lege, bl a pga innføringen av fastlegeordningen.

Siden starten er den regionale senterstrukturen endret noe, slik at "sentervirksomheten" nå er mer desentralisert. Bl a ble det i 2002 etablert et eget senter for Rogaland.

I ØST har det vært ikke-statlige LAR-instanser på fylkesnivå (Østfold, Hedmark og Oppland) og på distriktsnivå (4 distrikter i Akershus), som mellomnivå mellom MARIO og kommunene. Disse har ikke inntaksmyndighet, men har en koordinerende og kompetanseutviklende rolle i forhold til kommunene i hvert fylke.

4 EFFEKTER

I dette kapitlet vurderer vi hvilken effekt LAR har hatt, for brukerne, og for samfunnet og offentlige budsjetter. Kapitlet bygger i all hovedsak på informasjon og resultater fra andre norske studier¹³, men satt inn i vår sammenheng. I tillegg bygger vi på data samlet inn fra kommunene og foreliggende tall fra LAR-sentrene.

4.1 Er målgruppen nådd?

4.1.1 Beskrivelse

Som vist i avsnitt 3.2, har en nådd den opprinnelige målgruppen. Lærdommen har vært dels at behovet er mye større enn antatt, dels at LAR kan være nyttig for mange flere enn opprinnelig antatt.

Vi konstaterte i kapittel 3.2 at anslaget over antall tungt belastede sprøytenarkomane i Norge er økt fra rundt 6.500 til ca 10.000. Anslaget over hvor stor del av gruppen med tung opiatavhengighet som er aktuelle for LAR var i utgangspunktet ca 10%. I dag er disse anslagene langt høyere, for eksempel opererer Helsetilsynet i et brev til departementet¹⁴ med et anslag på rundt 70%. Mens anslaget på antall tungt belastede sprøytenarkomane har blitt nær doblet, har altså anslaget på behovet for LAR-behandling blitt mangedoblet¹⁵. Denne endringen kan ikke forstås som en endring i vurdering, basert på de samme kriterier, men må forstås som en endring i oppfatningen av LAR og av hvem som kan ha nytte av LAR, altså *reelt sett en endring i kriteriene*¹⁶.

Det er ca 2.400 brukere i behandling ved utgangen av 2003. Det udekkede behovet er derfor anslått til å bringe ca 4.600 mennesker i behandling. For å snakke i runde tall, er altså behovet tre ganger større enn tilbudet, men tilbudet er fire ganger så stort som det opprinnelig anslåtte behovet.

4.1.2 Vurdering

Når vi skal svare på spørsmålet om målgruppen er nådd, legger vi dagens behovsanslag til grunn. Vi legger også til grunn at målgruppen i denne sammenheng mest hensiktsmessig avgrenses med utgangspunkt i inntakskriteriene for LAR.

¹³ Det foreligger ingen omfattende landsdekkende studier av effekter av LAR. Vi mener likevel at det som foreligger, er godt nok til å illustrere sentrale poenger som ikke klart motsies av andre funn.

¹⁴ Brev fra februar 2004.

¹⁵ Anslag for antall personer som er opiatavhengige og antall personer som har behov for LAR er naturlig nok beheftet med stor usikkerhet og er gjenstand for diskusjon.

¹⁶ Den reelle endringen i kriteriene er også tydelig i form av en "presisering" av hvorledes kriteriene skal praktiseres, i rundskriv I-5/2003 fra Sosial- og helsedepartementet.

Den perioden som har gått til nå, kan på mange måter ses som en lærings- og tilpasningsperiode. Tilpasningen er først og fremst knyttet til utvidelse av målgruppen for LAR, mens læringen har dreid seg om hvordan LAR skal gjennomføres og organiseres. Tilpasnings- og læringsperioden er ikke fullført, det går fram av denne rapporten, men den har vært tilstrekkelig lang og effektiv til at det har skjedd en omdefinering av målgruppen.

Skal en kort besvare spørsmålet om målgruppen er nådd, ut fra den kunnskap man har på dette området i Norge i dag, må en konkludere med at *målgruppen bare delvis er nådd*. Det er langt igjen til å nå alle med tilbud som de kan gjøre seg nytte av.¹⁷

Apparatet og systemene som ble etablert for å løse oppgavene, var kanskje på høyde med de opprinnelige oppfatningene av målgruppen, men ikke på høyde med det behovet som etter hvert har blitt avdekket. Det ser vi på som et etterslep.

En gruppe som nesten i sin helhet må sies å falle innenfor målgruppen, er de som skrives ut av LAR, og som ikke kommer tilbake. Det er vanskelig å finne tall for nøyaktig hvor stor denne gruppen er. Vi beskriver og drøfter utskrivningspraksisen i kapittel 5.1 og 8.3.

4.2 Har tiltakene hatt effekt mht rehabilitering, skadereduksjon og livskvalitet?

Målet med bruk av legemidler, som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, er å bistå de aktuelle rusmiddelmissbrukerne med å:¹⁸

- komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og
- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og – så langt mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering

Punktene ovenfor utgjør de kriteriene vi må legge til grunn for å vurdere effekten. I tillegg til data fra andre kilder, bygger vi på intervjuer i kommunene og brukerintervjuer vi har utført i forbindelse med evalueringen¹⁹. Innledningsvis skal vi gi en liten oppsummering av hva vi mener foreligger.

Delmål: Komme seg ut av de hardt belastede misbrukermiljøene

Det synes ut fra intervjuene at det er en temmelig klar tendens til at dette skjer, men langt fra med alle.

¹⁷ Generelt oppfattes målgruppen for LAR å tilsvare den gruppen som oppfyller kriteriene knyttet til opiatavhengighet og alder. På et hypotetisk grunnlag er det imidlertid relevant å reise spørsmål om hvorvidt målgruppen kan defineres som for eksempel "opiatavhengige personer som ønsker LAR", eller "personer som fyller inntakskravene og som ønsker LAR" – se kap 3.2.

¹⁸ Punktene er hentet fra rundskriv I-35/2000.

¹⁹ Intervjuobjektene er verken mange nok eller valgt ut på en tilstrekkelig representativ måte til at det kan trekkes signifikante statistiske slutninger, men de er velegnet til å belyse kvalitativt hva statistikk fra øvrige kilder forteller.

Delmål: Nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak

Dette er kanskje et av de mest veldokumenterte resultatene, at brukerne blir i stand til å dra nytte av andre tiltak og behandlingsformer.

Delmål: Redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall

Effektene er klart positivt dokumentert.

Delmål: Bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen

Se drøftingen nedenfor. Positive resultater understøttes av intervjuene i kommunene og illustreres klart av brukerintervjuene.

Delmål: Oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og – så langt mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering

Meget variabel måloppnåelse.

Nedenfor har vi valgt ut noen indikatorer som temmelig direkte beskriver effekten som etterstrebes i de fem punktene ovenfor. Vurderingen gjøres også i lys av det som i kapittel 3 er sagt om rehabiliteringsmålet. Der vi har informasjon fra hovedkildene²⁰, referer vi før/etter-data. Selv om hovedkildene bare bygger på undersøkelser i Oslo og Vest-Agder, mener vi de gir gode indikasjoner. Det hadde vært ønskelig med før/etter-data for sammenligning av regionene. I mangel av det nytter vi data fra statusundersøkelsen 2003 og ser før/etter-data fra hovedkildene og tverrsnittsdata fra statusundersøkelsen så godt mulig i sammenheng for hver indikator. Der vi trekker konklusjoner eller henleder oppmerksomheten på spesielle funn, er disse også i samsvar med intervjumateriale fra kommunene.

4.2.1 Beskrivelse

Rusfrihet/rusmestring

Det er dokumentert klart bedret rusmestring for de som er i LAR-tiltak. I Kost-nytteanalysen fra SIRUS²¹ vises en nedgang i heroinbruken fra 19,2 dager av siste 30 dager til 6,0 dager siste 30 dager. Tilsvarende nedgang spores ikke for cannabis og amfetamin. I Agder-forsknings kost/nytte-analyse²² vises en tilsvarende nedgang for heroin og andre opiater. For heroin var nedgangen fra hhv 7 og 6 dager av siste 30 dager, til henholdsvis 2,8 og 0,4 dager av siste 30. For andre opiater var nedgangen to til tre ganger så stor. Denne studien viser også noe nedgang for cannabis og benzodiazepiner, men ikke for amfetamin.

Statusdataene²³ må antas å dekke et representativt utvalg²⁴ av dem som er i LAR-behandling. Vi har ikke før/etter-data, og tallene er ikke sammenlignbare med tallene i

²⁰ Se de følgende fotnotene.

²¹ SIRUS-rapport nr 3/2003 (Melberg, Lauritzen og Ravndal). Kost/nytteanalyse. Rapporten har som siktemål å sammenligne flere ulike tiltakstyper. Når det gjelder LAR-tiltak, har rapporten med et utvalg på 75 klienter fra Oslo.

²² FoU-rapport nr 8/2002 (Andresen og Jentoft) Kost/nytteanalyse. Utvalget som studien bygger på er 50 LAR-klienter fra Vest-Agder. Studien har også til hensikt å sammenligne effekten av buprenorfin og metadon, noe som søkes oppnådd gjennom å dele utvalget i to og medisinerer hver av de to gruppene forskjellig i to perioder. Dette elementet i undersøkelsen har vi valgt å se bort fra.

²³ UiO: Statusdata 2003.

de tidligere refererte studiene. Likevel indikerer tallenes nivå at effekten av LAR-behandlingen er betydelig.

Tabell 2 nedenfor er basert på statusdata (UiO 2003) om rusmestring. Det er interessante forskjeller mellom regionene, og Oslo har dårligere resultater enn resten av landet. Forskjellene i rusmestring har vært opphav til debatt i en rekke sammenhenger²⁵.

Tabell 2.

Andel av de som deltar i undersøkelsen					
	OSLO	REST-ØST	SØR	VEST	MN
Utilstrekkelig ruskontroll	23 %	13 %	15 %	17 %	9 %
Alvorlig rusproblem	5 %	5 %	8 %	14 %	3 %
Utskrevet på grunn av vedvarende rusproblem	8 %	6 %	10 %	8 %	13 %

Når det gjelder LAR-systemets vurdering av betydningen av ruskontrollen, er det store forskjeller, og når det gjelder "Utilstrekkelig kontroll" skiller særlig Midt/Nord seg ut. "Alvorlig rusproblem" innebærer samtidig en vurdering av "fare for utskrivning". Vi ser at Oslo har en annen balanse mellom de to kategoriene enn de øvrige delene av landet.

Tabell 2 bygger på behandleres vurdering. Om vi nå ser på de objektive data, her representert ved den andelen som har levert bare negative urinprøver siste 4 uker, framtrer et lignende mønster. Her skiller Oslo seg klart ut med et lavt antall negative prøver, særlig for cannabis og benzoidpreparater.

Tallene i gule celler i tabell 3 er korrigert for andelen "ukjent". Oslo skiller seg markert ut også ved en vesentlig høyere andel "ukjente". Når det gjelder opiater, er forskjellene mindre mellom regionene. Når det gjelder cannabis, benzoidpreparater, skiller Midt-Nord seg ut med klart høyere andel negative prøver enn de øvrige. Tallene er også høye for Sør og "rest-Øst".

²⁴ 89% av de som er i LAR-tiltak er registrert i undersøkelsen. Noen variable har lavere dekning.

²⁵ Se eksempelvis "MAR i Norge", 29-30 november 2002.

Tabell 3.

Andel av de som deltar i undersøkelsen (hvit) og av de som er kjente prøver (gul) som har hatt rene urinprøver siste fire uker					
	OSLO	Rest ØST	SØR	VEST	M/N
Opiater	87 %	92 %	89 %	85 %	90 %
	81 %	90 %	88 %	84 %	89 %
Cannabis	72 %	74 %	71 %	69 %	81 %
	58 %	70 %	68 %	67 %	80 %
Benzoidpreparater	68 %	80 %	72 %	60 %	78 %
	54 %	76 %	69 %	57 %	78 %
Sentralstimulerende	85 %	90 %	83 %	72 %	85 %
	78 %	88 %	81 %	70 %	85 %
Alkohol	94 %	99 %	96 %	92 %	94 %
	91 %	98 %	96 %	91 %	94 %
Gjennomsnittlig metadondose	110	110	113	91	139

Doseringsnivået av metadon er ulikt i de ulike regionene og fylkene²⁶. Figur 7 på neste side viser observert sammenheng mellom doseringsnivå og summen av kategoriene "utilstrekkelig kontroll" og "alvorlig rusproblem". Figuren antyder at høyere doseringsnivå gir en mindre andel som har dårlig kontroll. Punktene som er markert, bygger på gjennomsnittsdata for hvert fylke, og det er ikke gjennomført noen signifikanstest. Figuren antyder en rimelig tydelig sammenheng, men det ser samtidig ut til at det er andre faktorer som også spiller inn. Det kan være en rimelig antakelse at blant "andre faktorer" er kvaliteten og intensiteten i rehabiliteringsarbeidet en faktor²⁷.

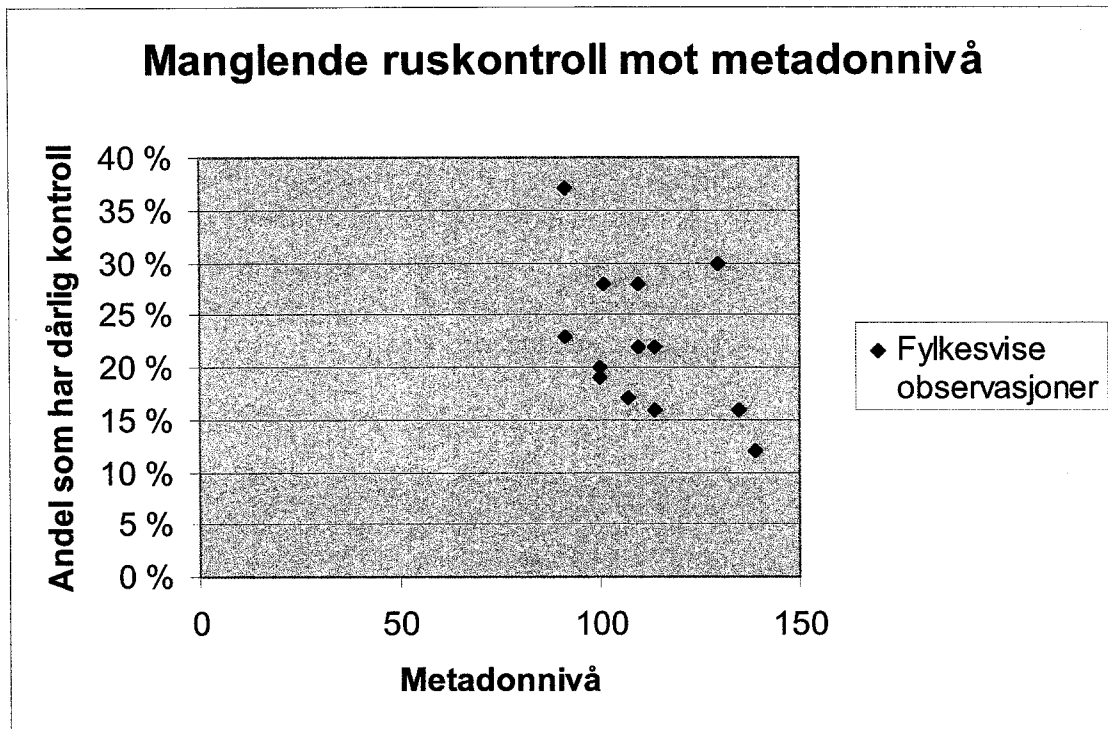
Resultatene når det gjelder rusmestring synes å stemme overens med det som rapporteres i internasjonal litteratur.²⁸

Figur 8 på neste side viser antall negative prøver plottet mot metadondosering. Mønstrer er ikke like tydelig, men figuren gir et inntrykk av at høyere dose gir større andel negative prøver. Vi velger å ikke kommentere figuren ytterligere.

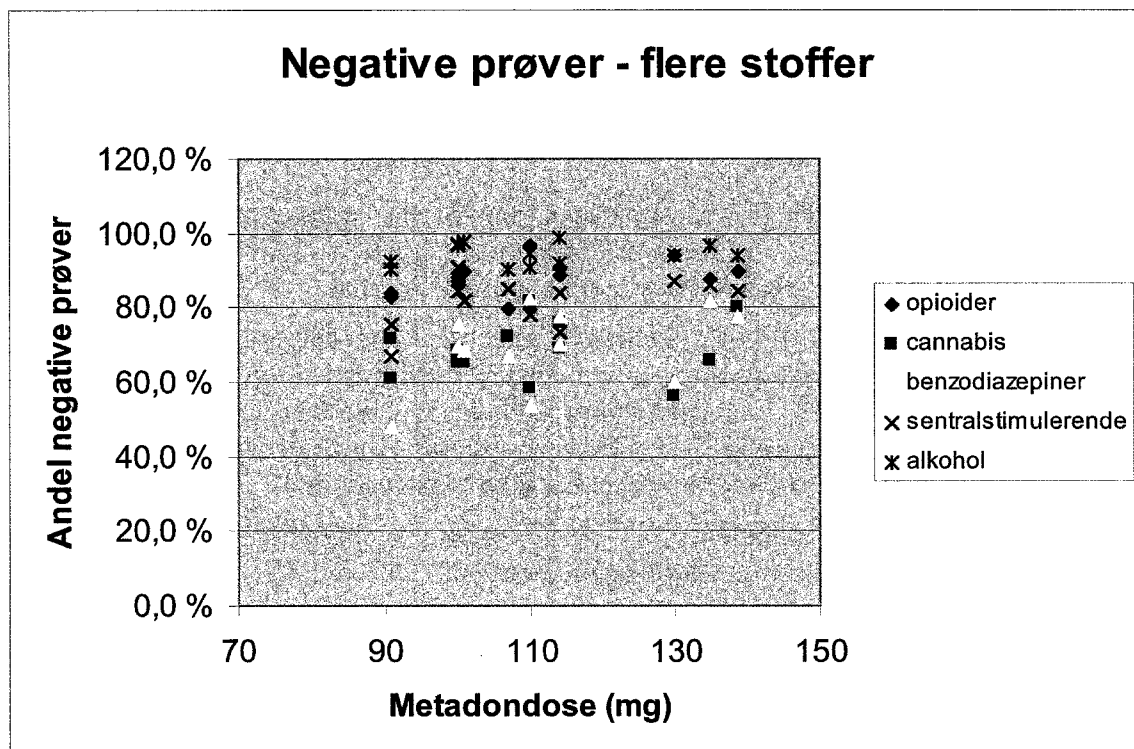
²⁶ Det er grunn til å tro at tallene for hvert enkelt fylke ikke er fullt reliable. Hadde vi markert regiontall, ville vi fått en enda klarere tendens.

²⁷ Temaet er grundig statistisk behandlet i en artikkel av Hege Kornør og Helge Waal ved UiO, Tidsskrift for Den norske legeforening nr 3, 2004. Der framholdes bosted som den mest utslagsgivende forklaringsvariable, helt i samsvar med det vi her uttrykker på en litt annen måte.

²⁸ Se NOU 2003:4. Se også faglig tilråding fra Sosial- og helsedirektoratet.



Figur 7. Andel med dårlig ruskontroll, målt opp mot metadonnivå.



Figur 8. Andel med negative prøver, målt opp mot metadonnivå.

Utdannelse/arbeid

LAR gir også resultater når det gjelder å bedre beskjeftigelsen til brukerne, enten dette gjelder arbeid eller utdanning. Resultatene er imidlertid vesentlig mindre klare enn når det gjelder rusmestring. Agder-rapporten viser ikke signifikant bedring. SIRUS-rapporten har noe mer overbevisende tall. Der har beskjeftigelsen (arbeid) økt fra 0,5 dager pr måned (gjennomsnitt for den undersøkte gruppen) til 2,3 dager pr måned.

Det er interessant å sammenligne situasjonen i de ulike LAR-regionene også på dette området (se tabell 4 nedenfor). Igjen mangler vi "før/etter-data", men sammenligningen av tallene for 2003 gir oss likevel interessante indikasjoner.

Tabell 4.

Type beskjeftigelse	Andel av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
Uten beskjeftigelse	86 %	76 %	73 %	81 %	65 %
Heltidsarbeid	4 %	9 %	9 %	5 %	14 %
Deltidsarbeid	4 %	6 %	8 %	6 %	10 %
Under utdanning	5 %	7 %	7 %	7 %	9 %
Deltidsarbeid+Utdanning	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %

Tabellen²⁹ viser igjen en markert forskjell mellom Midt-Nord og Oslo som ytterpunkter. Sør og "rest-Øst" danner en mellomgruppe.

Inntekt

For brukerne er det naturlig å betrakte trygd og attføringspenger som et bedre alternativ inntektsmessig enn sosialhjelp.

Vi vil på bakgrunn av det som er sagt foran, anta at en økning i andelen i attføring, særlig yrkesrettet attføring er et positivt utfall. Vi vil også anta at en nedgang i andelen som er på sosialhjelp vil være å betrakte som et positivt resultat.

Agder-rapporten viser en forholdsvis klar økning i den andelen som er i yrkesmessig attføring (6%). Tar vi med de som er i medisinsk attføring, kommer vil opp i 18% økning (38% etter mot 10% før). Andelen sosialhjelpsmottakere har gått ned fra 38% til 22%, altså en nedgang på 16%. Selv i en liten gruppe på 50, må dette betraktes som klart signifikant endring. SIRUS-rapporten har ikke tilsvarende tall.

Sammenligning mellom regionene må også i denne sammenheng bare knyttes til tverrsnittsdata. Tabell 5 viser de viktigste kategoriene.

²⁹ Andelen ukjent er her så liten (ca 1% for alle regioner) at vi trenger ikke korrigere for den.

Tabell 5.

Type inntekter	Andel av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
Arbeid	4 %	6 %	8 %	4 %	8 %
Yrkesmessig attføring	19 %	33 %	40 %	41 %	45 %
Sosialhjelp	28 %	18 %	11 %	24 %	9 %
Uføretrygd/alderspensjon	46 %	39 %	35 %	24 %	36 %

Det samme mønsteret som vi har sett på de områdene vi har behandlet foran, gjentar seg stort sett.

Kriminalitet

Nedgangen i kriminalitet er veldokumentert. Dette gjelder både nasjonalt og internasjonalt.

SIRUS-rapporten viser en nedgang fra 9,0 dager av 30 i kriminalitet til 2,8 av 30 dager i gjennomsnitt for den undersøkte gruppen.

Agder-rapporten viser en nedgang fra 48 fengselsdøgn pr år til 12 fengselsdøgn pr år i gjennomsnitt for gruppen. Tidsperspektivet er kort, og det kan hende at tallene for situasjonen etter behandling inkluderer soning av tidligere uoppgjorte forhold. I så tilfelle er det mulig at rapporten underestimerer nedgangen.

Tverrsnittsdata bekrefter at kriminaliteten er lav sammenlignet med heroinbrukere utenfor LAR. Agder-rapporten oppgir at 23 % finansierer heroinbruket ved hjelp av tyveri og 42% ved stoffsalg. Selv om bare en liten del av denne kriminaliteten fører til tiltale, indikeres en betydelig nedgang. Den reelle nedgangen i kriminalitet er derfor sannsynligvis langt større enn indikatorene viser.

Forskjellen mellom regionene følger her et litt annet mønster. Midt-Nord har de laveste tallene, men her er det Oslo som har de nest laveste, sammen med rest-Øst, mens de øvrige er høyere.

Tabell 6.

	Andel av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
arrest/varetekt	7 %	7 %	10 %	12 %	2 %
	8 %	8 %	11 %	16 %	2 %
tiltalt/reist sak	5 %	7 %	7 %	10 %	2 %
	6 %	8 %	8 %	13 %	2 %

Boforhold

SIRUS-rapporten og Agder-rapporten har ikke før/etter-data når det gjelder bosituasjon. Det er imidlertid grunn til å tro at bosituasjonen er vesentlig bedret for de menneskene

som er i LAR. Årsaken er å finne i to forhold: For det første er det et krav for å få delta i LAR at brukeren skaffes egen bolig. For det andre settes brukeren, gjennom den medikamentelle behandlingen, etter all sannsynlighet bedre i stand til å ivareta et bo/leieforhold. Tverrsnittsdataene i tabell 7 viser at utenfor Oslo disponerer mer enn tre firedeler av deltakerne egen bolig. Midt-Nord og rest-Øst har den høyeste andelen egen bolig. Oslo har den laveste andelen med egen bolig.

Tabell 7.

Boligsituasjon	Andel av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
Ingen bolig	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %
Hospits/hybelhus	12 %	3 %	1 %	6 %	3 %
Institusjon	10 %	4 %	9 %	3 %	3 %
Fengsel	1 %	0 %	1 %	3 %	7 %
Bor hos foreldre/ andre	9 %	9 %	10 %	10 %	4 %
Egen bolig	62 %	82 %	76 %	77 %	86 %
Annet / ukjent	3 %	1 %	2 %	0 %	1 %

Oslo har både den høyeste andelen med opphold i institusjon og den høyeste andelen i hospits/hybelhus. Hospits/hybelhus regnes normalt for å være en dårlig løsning, fordi de vanligvis bebos av rusmisbrukere, og ikke representerer et alternativ til "rusmiljøet" som det er meningen at LAR-brukeren skal komme ut av. Boligsituasjonen for LAR-brukere og "bolig" som mål og virkemiddel i LAR-behandlingen, presenteres og diskuteres i kap 5.2

Midt-Nord skiller seg ut med en lav andel som bor hos foreldre/andre. Hvorvidt det er en god løsning å bo hos andre, kan en neppe si noe entydig om, men disse personene har heller ikke egen bolig, og de kan neppe sies å ha en bosituasjon i overensstemmelse med LAR-kravene.

Midt-Nord skiller seg også ut med en høy andel som er i fengsel under behandling. De som sitter inne, har sannsynligvis startet sin behandling under fengselsoppholdet. Andelen betyr ikke noe for tolkning av bosituasjonen.

Helse

SIRUS-rapporten viser en *økning* i de psykiske problemene. Det ble rapportert gjennomsnittlig 7,6 dager med psykiske problemer før behandling og 14,1 dager etter behandling, begge deler i løpet av siste 30 dager. Agder-rapporten har ikke informasjon om psykisk helse. Våre intervjuer med både brukere og utøvere indikerer at LAR-brukere ofte opplever psykiske plager og helseproblemer. Informantene våre tenderer til å forklare dette med at psykiske lidelser og problemer kan bli mer uttalte og plagsomme når en slutter å ruse seg, samtidig som en fullstendig endret livssituasjon med nye mål og krav kan innebære en betydelig utfordring for mange.

Statusdataene viser små forskjeller mellom regionene når det gjelder *psykiske lidelser*, men en del variasjon for *somatisk helse*. Oslo har den høyeste andelen med somatiske plager. Dette *kan* indikere at Oslo har brukere med et vanskeligere utgangspunkt enn ellers i landet, men en skulle vente at hvis det var tilfelle, ville det også være forskjeller

når det gjelder psykiske plager, og det finner vi ikke. Tallene gir liten dekning for å hevde at brukerne i Oslo har vesentlig dårligere personlig utgangspunkt enn de fra andre regioner. Det er heller ikke noen aldersforskjeller av betydning (1 til 2 år høyere gjennomsnittsalder).

Tverrsnittsdataene i tabell 8 gir en del interessante forskjeller for somatisk helse. Siden andelen "ukjent" varierer nokså mye mellom regionene, har vi også beregnet "korrigerte" tall som viser andelen av de som har svart (gule felt) mens de øvrige tallene viser andelen av hele utvalget (hvite felt). De delvis høye forekomstene av "ukjent" i svarfordelingene i statusdataene, som kan indikere at brukers primærkontakt eller behandler ikke er kjent med brukers situasjon på ulike områder – herunder helse – er kommentert andre steder i rapporten, bl a i kap 5.2.

Tabell 8.

Lidelse/Informasjonsstatus	Andelen av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RESTØST	SØR	VES	MIN
alvorlig depresjon	14 %	14 %	7 %	12 %	16 %
Korrigert for ukjent	17 %	15 %	8 %	15 %	16 %
alvorlig angst	17 %	19 %	15 %	14 %	17 %
Korrigert for ukjent	21 %	21 %	16 %	18 %	18 %
vrangforestillinger	4 %	4 %	4 %	3 %	1 %
Korrigert for ukjent	5 %	4 %	4 %	4 %	1 %
Somatiske plager korrigert	36 %	28 %	25 %	16 %	21 %

Sosialt nettverk/hverdagsaktiviteter

Sosialt nettverk

Vi har ikke kvantitative før/etter-data når det gjelder sosialt nettverk og hverdagsaktiviteter. Vi har imidlertid en del kilder³⁰ som beskriver at en vanlig utvikling er overgang til større ensomhet. Mange, men ikke alle, forlater rusmiljøet når de går over på metadon eller buprenorfin. Det betyr ikke at de uten videre finner et nytt miljø. Mange³¹ beretter om fortsatt utstøting fra lokalmiljøet og ensomhet.

Tverrsnittsdataene gir en viss støtte for disse synspunktene, men ikke entydig. Det er dessuten forskjeller mellom regionene som ikke uten videre har noen enkel tolkning.

I tabell 9 på neste side uttrykker den gule bakgrunnen at tallene er korrigert for ukjentandelen.

³⁰ Referater fra 3 nasjonale MAR-konferanse m.fl.

³¹ Inntrykk fra klientintervjuer. Understøttes av andre kilder, se forrige fotnote.

Tabell 9.

Nettverk	Andel av				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
familie m/rusproblem	15 %	14 %	12 %	9 %	21 %
familie uten rusprobl	34 %	44 %	39 %	44 %	35 %
venner m/rusprobl	30 %	16 %	29 %	15 %	23 %
venner uten rusprobl	9 %	8 %	8 %	11 %	8 %
mest alene	12 %	16 %	10 %	21 %	11 %

Det er nærmere halvparten som har venner eller familie uten rusproblemer som viktigste sosiale nettverk. Det er likevel en høy andel som har venner og familie med rusproblemer som viktigste kontakter. Tallene i Vest er litt bedre enn i de øvrige regionene. Tallene for "venner uten rusproblemer" er tilsvarende lave. Dette ser ut til å være et viktig forbedringsområde.

Hverdagsaktiviteter

Vi har ikke ytterligere før/etter-data for hverdagsbeskjeftigelse ut over det som framgår under avsnittet utdanning/arbeid. Vi har imidlertid tverrsnittsdata som sier litt mer (se tabell 10). Som hverdagsbeskjeftigelse vil vi regne jobb og utdanning og kurs og arbeidstrening. Det er vanskelig å regne dagtilbud og fast fritidsbeskjeftigelse som fullverdig³² hverdagsbeskjeftigelse, selv om det selvsagt oppfattes som positivt.

Tabell 10.

Hverdagsbeskjeftigelse	Andel av de som deltar i undersøkelsen				
	OSLO	RestØST	SØR	VEST	M/N
Jobb eller utdanning	13 %	22 %	27 %	19 %	34 %
Arbeidstrening/ kurs	10 %	15 %	14 %	10 %	22 %
Sum hverdagsbeskjeftigelse	23 %	37 %	41 %	29 %	56 %
Dagtilbud	14 %	37 %	17 %	19 %	23 %
Fast fritidsaktivitet	21 %	28 %	23 %	29 %	36 %

Det er betydelige forskjeller for hovedindikatorene (de to øverste), både samlet og hver for seg, og mønsteret er det samme. Mønsteret for dagtilbud er litt annerledes, mens tallene for fast fritidsaktivitet følger samme mønsteret som hovedindikatorene.

³² Dagtilbud og fritidsbeskjeftigelse regnes ikke som "fullverdig" først og fremst fordi de normalt dekker en mye mindre del av den tilgjengelige hverdagstiden enn de øvrige kategoriene gjør.

Trivsel

Vi har dessverre ikke funnet brukbare data for dette området. Vi har ikke representativt utvalg av brukerintervjuer, men de brukerintervjuene vi har, peker i positiv retning. Andre observasjoner er imidlertid ikke entydige. 14 % av de som har svart i statusundersøkelsen 2003, oppgir at de er mest alene. Forekomsten av psykiatriske lidelser indikerer også at vi ikke står overfor helt entydige forhold.

4.2.2 Vurdering

Effektene av LAR er betydelige, og i samsvar med det annen forskning på området viser. Derfor er det ikke overraskende at det er betydelig bedring når det gjelder *rusmestring* og *nedgang i kriminalitet*. Disse to virkningene er nesten direkte knyttet til overgangen til substitusjonsbehandling. At *bosituasjonen* er tilfredsstillende, er i Norge en betingelse for deltakelse i programmet.. Når det gjelder *helse*, er det ikke noen vesentlig bedring å spore når det gjelder psykisk helse, kanskje like ofte en forverring. I Norge heter tiltaket "*Legemiddelasistert rehabilitering*". Substitusjonsbehandling er derfor bare en komponent i tiltaket. Det er presisert ved en rekke anledninger at innsatsen for å rehabilitere klientene er "like viktig" som substitusjonsbehandlingen.

Dataene vi har fra kommunene, også støttet av informasjon både fra klientintervjuene og intervjuer i sentrene, viser både ulik aktivitet og ulik filosofi når det gjelder oppfølging og rehabiliteringsinnsats. Derfor er det av stor interesse å vurdere eventuelle forskjeller i effekter mellom regionene. Den informasjon vi har presentert foran, basert på statusdataene³³, viser et nesten entydig bilde der Oslo kommer ut i den ene enden av spekteret og der Midt-Nord kommer ut i den andre enden.

Diskusjonen i fagmiljøet har hittil i stor grad gått rundt hvorvidt det er riktig å føre en restriktiv linje ved forekomsten av positive urinprøver. Det har ofte vært hevdet at det er forskjell i pasientgruppene som tilsier forskjellig tilnærming. Vi kan ikke fullstendig avvise forskjeller i pasientpopulasjonen. Vi kan imidlertid konstatere at det i Midt-Nord har skjedd et betydelig mer systematisk sosialt rehabiliteringsarbeid og mer systematisk og konsekvent oppfølging av deltakerne enn i Oslo. Dette har hatt som følge at flere har blitt utskrevet uten samtykke³⁴, og ventelistene i Midt- Nord er heller ikke akseptable. M/N er den region som har prosentvis flest personer på søker- og venteliste, og ventetiden for å komme i behandling er ca 2 år. Men det synes tydelig at resultatene er bedre, ut fra de mål som satt for LAR.

Oppsummert mener vi at forskjellen i resultater kan henføres til fem forhold:

- (1) Ulike egenskaper ved brukergruppene.
- (2) Ulikheter i miljøvariable.
- (3) Ulikheter i dosering av metadon/buprenorfin.

³³ Statusdata 2003, UiO.

³⁴ M/N har ekskludert ca 15% av LAR-brukerne siste 3 år. Forskjellene mellom regionene synes å bli mindre etter hvert..

- (4) Ulikheter i systematikk og intensitet i oppfølgings- og rehabiliteringsarbeidet overfor brukerne.
- (5) Ulikheter i eksklusjonspraksis (eventuelt også inklusjonspraksis).³⁵

De tre siste punktene er knyttet til virkemidler. Jo større problemer en står overfor på de to første punktene, jo riktigere og større må innsatsen være i oppfølgings- og rehabiliteringsarbeidet for å nå samme resultater.

Diskusjonen bør derfor flytte sitt fokus fra spørsmålet om utskrivningspraksis til spørsmålet om systematisk, intensiv oppfølging og evne til kriseintervensjon.

4.3 Overstiger nytten kostnadene?

4.3.1 Ståsted for de samfunnsøkonomiske vurderingene

De økonomiske aspektene ved narkotikaproblemet er meget omfattende. Narkotikaproblemet koster samfunnet betydelige summer. Det har vært gjort forsøk på å beregne de økonomiske konsekvensene, for eksempel for USA³⁶. Samfunnsøkonomiske beregninger er alltid gjenstand for diskusjon. Diskusjonen skyldes dels teoretiske vanskeligheter og dels mangel på reliable data. Ofte preges diskusjonene også av ideologiske synspunkter. I NOU 2003:4³⁷ avskrives nærmest muligheten for å lage tillitvekkende samfunnsøkonomiske studier. Drøftingen der er imidlertid neppe ment å være utfyllende.

Samfunnsøkonomiske beregninger vil sjelden kunne gjøres på en måte som fører til at en kan sette to streker under svaret. Det vil nesten alltid være et spørsmål om mer eller mindre fullstendige regnestykker, basert på mer eller mindre reliable og valide data. Leser en derfor samfunnsøkonomiske beregninger som et forsøk på å *belyse enkelte aspekter* ved en sak eller et sakskompleks, og ikke som et forsøk på å framstille den fulle sannhet, vil samfunnsøkonomiske analyser kunne være like verdifulle som andre tilnærminger for å belyse komplekset.

I denne rapporten vil vi forsøke å gi noen indikasjoner på hvilken samfunnsøkonomisk betydning LAR-tiltakene har. Vi vil ikke forsøke å beregne de samfunnsøkonomiske konsekvenser av narkotikaproblemet som sådan, heller ikke hvilke økonomiske konsekvenser opiatavhengighet som sådan har, *bare hvordan disse økonomiske faktorene påvirkes av LAR-tiltakene*. Selv denne begrensede tilnærmingen har sine problematiske sider, men vi mener vår beregninger vil bidra til å belyse spørsmålet.

I tillegg til de rene samfunnsøkonomiske kostnadene og gevinstene vil vi ta for oss noen *fordelingsvirkninger*. Vi vil betrakte de virkningene vi har innenfor de *offentlige budsjettene* som de mest interessante, for de påvirker beslutningstakerne sterkest. Vi vil

³⁵ Spørsmålet om i hvilken grad regionale eksklusjons- og inklusjonspraksiser påvirker de respektive LAR-gruppene er komplisert, og vi har her ikke tatt mål av oss til å utdype disse spørsmålene.

³⁶ Eksempelvis: Cartwright: "Costs of drug abuse to society (1999)", Executive office of the President: "The economic costs of drug abuse in the United States 1992 – 98 (September 2001), Cartwright m fl.: Economic costs, cost-effectiveness, financing and community-based drug treatment (1991).

³⁷ Fra NOU 2003:4: "Det er derfor lett å være enig med Nicolay Rygg som i forbindelse med arbeidet til alkoholkommisjonen av 1910 skrev at "endog bare et tilnærmelsesvis riktig regnestykke ikke lar seg oppstille" (side 42 i utredningen).

gjøre en analyse av budsjettvirkninger for kommune og stat. Vi holder oss fortsatt til differansene mellom de to behandlingsgruppene av opiatavhengige (LAR/ikke-LAR).

4.3.2 Samfunnsøkonomiske kostnadskomponenter

I beregning av samfunnsøkonomiske kostnader ser en samfunnet under ett. Det vil si at en ser bort fra *overføringer*. Overføringer er penger som ytes uten krav til motytelse, eksempelvis trygde og sosialhjelp. Forsikringsutbetalinger er heller ikke samfunnsøkonomisk kostnad. Derimot er kostnader til medisiner, behandling, fengsling osv. samfunnsøkonomiske kostnader. På samme måte er tap av produksjon en kostnad. Vi skal bare beregne differanser mellom gruppene "LAR" og "ikke-LAR", jamfør tidligere avsnitt. Vi trenger derfor ikke stille opp et fullstendig kostnadsbilde. Vi vil drøfte følgende kostnadskomponenter:

1. Behandling i institusjon
2. Poliklinisk behandling
3. Medisiner
4. Administrasjon av LAR (sentre, fastlege, blodprøver, urinprøver etc.)
5. Annen medisinsk behandling
6. Sosial rehabilitering
7. Kriminalitet (domstolsbehandling, fengsling)
8. Skadeverk
9. Narkotikaomsetning
10. Tap av produksjon

Behandling i institusjon

Dette er en betydelig samfunnsøkonomisk kostnad når det gjelder opiatavhengige. Det er stor forskjell mellom forbruket av institusjonsplasser for de som er i LAR og de som ikke er i LAR. De som er i institusjon har dekket bolig og kost. Det inngår også behandling. De som er i LAR har nok fortsatt en viss bruk av institusjonsplasser, men stort sett har de egen bolig og hushold. De har også annen behandling og oppfølging. Det må vi ta hensyn til i beregningene.

Poliklinisk behandling

SIRUS-rapporten viser til dels betydelig forskjell mellom de to gruppene når det gjelder å motta poliklinisk behandling. SIRUS-rapporten oppgir forskjellen mellom de som er i døgntilrettelagt behandling og de som er i LAR. Denne forskjellen utgjør en komponent i forskjellen i samfunnsøkonomiske virkninger for de to gruppene.

Medisiner

Vi vil her holde oss til kostnadene knyttet til metadon/buprenorfin. Det kan også være forskjeller i annen medisinbruk, men det har vi ikke noen oppgaver over. Mens kostnadene til metadon og buprenorfin er betydelige, er det vanskelig å tenke seg at forskjellene når det gjelder andre medisiner skal være betydelig.

"Administrasjon" av LAR (sentre, fastlege, blodprøver, urinprøver etc.)

Dette er en type aktivitet som bare er rettet mot deltakerne i LAR. Det er ikke tilsvarende aktiviteter som i noe omfang retter seg mot andre misbrukere. I denne kostnadsgruppen regner vi ikke med rehabiliteringsinnsatsen i kommunene. Den regnes med under posten sosial rehabilitering.

Annen medisinsk behandling

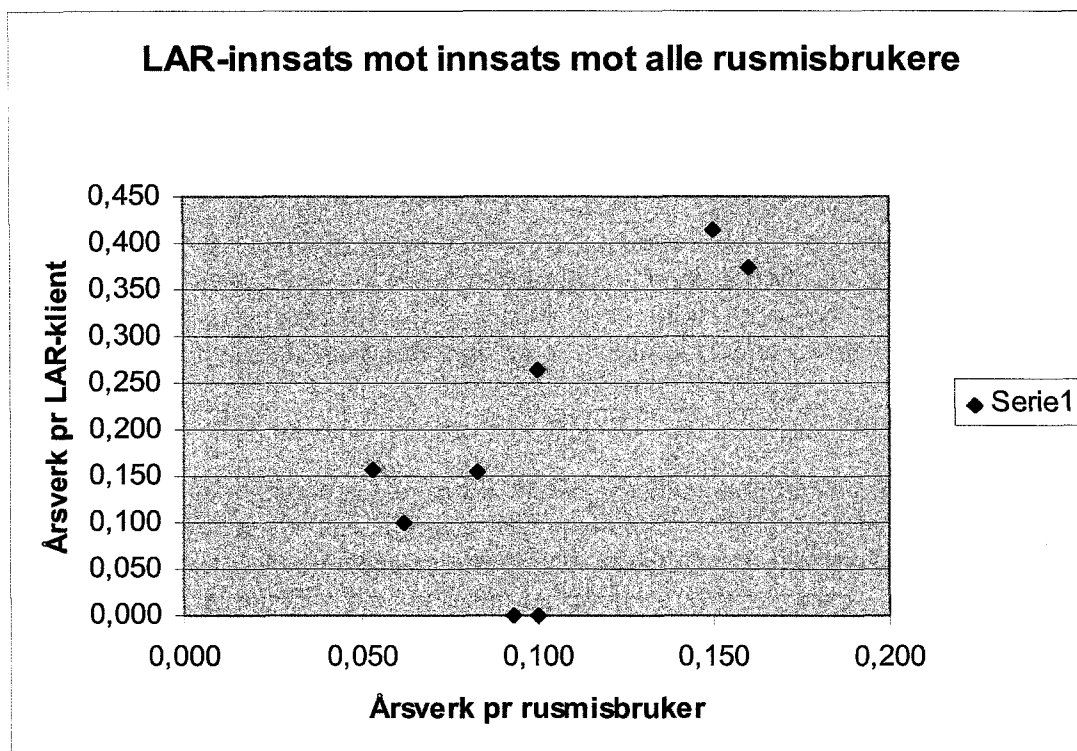
Det kan tenkes at det er forskjeller mellom LAR-klienter og opiatavhengige som ikke er i LAR. De som er i LAR kan tenkes å ha et høyere forbruk av annen medisinsk behandling, rett og slett fordi de opplever behovet sterkere.

Sosial rehabilitering

På dette området settes det i noen kommuner inn vesentlig mer ressurser mot LAR-klientene enn mot andre. Andre kommuner igjen bruker det samme på LAR-klienter som på andre opiatavhengige. Antydningvis bruker rustjenesten i kommunene mellom samme og dobbelt så stor innsats pr klient som mot andre rusmisbrukere. Imidlertid er innsatsen begrenset i tid sammenlignet med "ikke-LAR"-gruppen. Selv om det settes inn dobbelt så mye ressurser over 2-3 år, kan det være at gruppene her er i balanse. Våre data tyder ikke på noen kostnadsforskjell for kommunene, over tid. I en opptrappingsfase vil det imidlertid kreves mer ressurser til LAR-brukerne. Svært mye kommer an på arbeidsmåten i kommunene, og den varierer i stor grad. Det kan se ut til at Oslo bruker mindre saksbehandlerressurser pr klient enn andre kommuner. Men Oslo bruker mer på rusbehandling generelt

Det ser ut til at jo mer kommunene bruker på rusbehandling, generelt, jo mer bruker de på LAR. (Se figur 9 på neste side; se bort fra datapunkter på x-aksen.) Registreringsproblemene er betydelige, men det vi har av data indikerer dette. Siden LAR er et opplegg med mer strukturerte krav utenfra, har vi også forsøkt å undersøke om det kunne være slik at de kommunene som bruker mindre på rusbehandling generelt, brukte mer, relativt sett, på LAR. Vi har imidlertid ikke funnet noen slik sammenheng.

Det er rimelig å anta at LAR-brukerne har et større boligkonsum enn ikke-LAR-klientene som dels er mer på institusjon, dels oftere ikke har egen bolig.



Figur 9. Årsverk pr LAR-klient, sammenholdt med årsverk pr rusmisbruker.

Kriminalitet (domstolsbehandling, fengsling)

Vi vil på dette området søke å beregne forskjeller mellom de klienter som er i LAR og de som er utenfor LAR, eventuelt basert på før/etter-data for de som er i LAR. Vi vil da sannsynligvis heller underestimere forskjellene enn å overvurdere dem, for det er grunn til å anta at det finnes ringvirkninger, i den forstand at det er andre kriminelle handlinger som henger sammen med de som direkte utføres av de som er misbrukere, men som utføres av andre.

Skadeverk

Vi kjenner ikke til data som sier om dette er en signifikant post. Skadeverk oppstår helst i forbindelse med innbrudd (materiell skade) eller voldskriminalitet (skade på person). Hvis posten er signifikant, er det sannsynligvis den siste komponenten som er relevant.³⁸

³⁸ En tilnærming kunne være å nytte forsikringsutbetalingene som et uttrykk for skadeverk, men en stor del av forsikringsutbetalingene er nok knyttet til tap av gjenstander i forbindelse med tyveri. Det er, strengt tatt, ikke skadeverk og derfor ikke samfunnsøkonomisk kostnad, men en ufrivillig overføring av midler. Siden vi betrakter hele narkotikaomsetningen som samfunnsøkonomisk kostnad, ville vi få en dobbeltregning om vi inkluderte den delen av forsikringsutbetalingene som dekket tap av stjålne gjenstander, for pengene for stjålne gjenstander går inn i den illegale virksomheten. Forsikringsutbetalingene er dessuten vesentlig høyere enn verdien av den illegale omsetningen av tyvegodset.

Narkotikaomsetning

Det kan diskuteres hva dette er, i økonomisk forstand. Det kan jo for eksempel hevdes at det er "illegale verdiskapning". Vi vil imidlertid hevde at illegal import og omsetning er en *samfunnsøkonomisk kostnad*. Omsetningen representerer, krone for krone, verdier som er unndratt det som er akseptabelt (legalt) i samfunnet. Ikke bare er virksomheten drevet illegalt, men også sluttproduktet er illegalt. Denne omsetningen er derfor i sin helhet en *samfunnsøkonomisk kostnad*. Det kan reises et spørsmål ved marginalbetraktninger på dette området. Vår tilnærming bygger på at narkotikaomsetningen går ned, alt annet like, når forbruket reduseres i den behandlede gruppen. Vi mener den forutsetningen er riktig, selv om det er mektige krefter som driver fram omsetningen og som for hver tapt kunde vil sette inn betydelig innsats for å rekruttere en ny.

Tap av produksjon

Det gjennomsnittlige samfunnsmedlem bidrar både til produksjonen og deltar i konsumet. Om bidraget over livet settes opp som et regnskap, vil det gjennomsnittlig komme fram et overskudd som overlates til framtidige generasjoner. Hva hver enkelt bidrar med, vil avhenge av yrkesdeltakelse, levetid osv. Et negativt avvik fra gjennomsnittet vil kunne ses som en *samfunnsmessig kostnad*³⁹. Om en skal beregne kostnadene ved heroinmisbruket i samfunnet, er denne posten betydelig, men dersom en skal se på forskjellene mellom de to gruppene, er det ikke sikkert at den er så stor, for det er ikke så mange av de som rehabiliteres, som kommer i produktivt arbeid. Dessuten reduseres dødeligheten, og det livslange konsumet kan bli større enn for gruppen av heroinmisbrukere som er utenfor LAR. I våre beregninger vil vi se bort fra denne virkningen av endret dødelighet.

4.3.3 Fordelingsvirkninger

Staten

1. Behandling i institusjon

Denne kostnaden bæres i sin helhet av offentlige budsjetter. Den er å betrakte som en ren tilleggsytelse til mottakerne, etter at vi har korrigert for husleie og kost. Kostnaden bæres av staten.

2. LAR-sentrene og fylkessentrene

Denne kostnaden bæres i sin helhet av offentlige budsjetter. Den er å betrakte som en ren tilleggsytelse til mottakerne. Kostnaden bæres av staten/RHFene.

3. Metadon/buprenorfin

Samme som ovenfor.

4. Fastlegene

Denne kostnaden bæres i sin helhet av offentlige budsjetter. Den er å betrakte som en ren tilleggsytelse til mottakerne. Kostnaden bæres av folketrygden og en mindre andel på kommunene.

³⁹ Av etiske grunner bruker vi i samfunnsdebatten å vokte oss vel for å føre dette regnestykket ned på individnivå, og det fører ofte til heftige diskusjoner også når det settes opp på gruppenivå. Diskusjonene dreier seg oftest om farene for stigmatisering. Den diskusjonen er politisk relevant. Her tar vi imidlertid for oss virkningene av et behandlingstiltak, vi fokuserer ikke egenskaper ved verken gruppe eller individ.

5. Urinprøver

Samme som ovenfor, men med det tillegg at kommunene bærer en andel, avhengig av organisering.

6. Trygdebudsjettene

Det er bare merforbruk i forhold til det "gjennomsnittlige samfunnsmedlem" som skal regnes med i trygdekostnader. Siden vi sammenligner to grupper opiatavhengige, blir det ennå enklere, vi skal beregne forskjellen mellom opiatavhengige innenfor og utenfor LAR. Kostnaden er i sin helhet på staten. Det mest interessante punktet er sannsynligvis hvorvidt kommunene har ekstra incentiver til å få klientene over på uføretrygd og dermed vekk fra sosialhjelpsbudsjettet.

7. Fengsel og domstoler

Det er bare merforbruk i forhold til det "gjennomsnittlige samfunnsmedlem" som skal regnes med i trygdekostnader. Siden vi sammenligner to grupper opiatavhengige, blir det ennå enklere, vi skal beregne forskjellen mellom opiatavhengige innenfor og utenfor LAR. Kostnaden er i sin helhet på staten

8. Støtte til kommunene

Staten yter ekstra støtte til kommunene i form av prosjektmidler til LAR-tiltak. Dette er imidlertid regnet med under punkt 2. Her har vi en lite unøyaktighet, for noen av disse kostnadene er egentlig sosial rehabilitering betalt av staten. Vi har ikke funnet å kunne korrigere for dette.

9. Bolig

Staten støtter også kommunene gjennom tilskudd til bygging av boliger. Dette har vi valgt å se bort fra. Støtten videreføres til leietakerne i form av lavere leie. Dessuten er det all grunn til å tro at de opiatavhengige er overforbrukere av bostøtte. Det er imidlertid et annet spørsmål om LAR-deltakerne er merforbrukere i forhold til de rus-klientene som ikke er i LAR. Det er sannsynligvis tilfelle, for i følge Agder-rapporten er omkring 30 % av de som ikke er i LAR, i institusjon til enhver tid, og vi vet at mange er husløse. Det er derfor grunn til å anta at LAR-klientene kanskje mottar opp mot dobbelt så mye boligsubsidier som de øvrige opiatavhengige.

Kommunene

Som vi har argumentet for foran, har LAR ikke noen negative konsekvenser for kommunebudsjettene for de kommunene som har en rimelig innsats på rusfeltet på forhånd. Unntaket er i en opptrappingsfase. Det er lett å forveksle et generelt økende samfunnsproblem med LAR-innsats, men sannsynligheten taler for at kommunene sparer ressurser, i alle fall etter 4–5 år, mens de må yte litt mer de 1–2 første årene. Dessuten kan det, som vi var inne på foran, være at LAR-brukerne har et noe høyere boligkonsum enn ikke-LAR-klientene. Deler av dette vil kommunene betale.

Kort kommentar om fordelingsvirkningene

Det er med andre ord virkningene på statsbudsjettet som er det sentrale i fordelingssammenheng.

4.3.4 Beregning av de enkelte komponentene i det samfunnsøkonomiske regnestykket

Behandling i institusjon

Den gruppen som er aktuell for LAR, er også aktuell for behandling i institusjon. Det er en forutsetning at behandling i institusjon skal være prøvd før en tillater inntak i LAR. Det kan nok tenkes at i de første gruppene som kom inn i LAR var det mange som var gitt opp, og som ikke ville fortsatt en institusjonskarriere uten LAR, men etter hvert som LAR omfatter større deler av de opiatavhengige, vil en kunne se for seg at institusjonsbehandling vil skje i betydelig grad for de opiatavhengige som av en eller annen grunn ikke er i LAR. Agder-rapporten gir data for 50 undersøkte misbrukere. For denne gruppen er det en nedgang i institusjonsopphold på 82%. SIRUS-rapporten sier at klientene i MAR fikk svært lite "annen behandling" (herunder institusjonsopphold) i løpet av observasjonsperioden. Uten referanse til tidsperiode sier rapporten at 61% av de som var med i undersøkelsen⁴⁰ hadde vært i døgnbehandling tidligere og at halvparten hadde hatt to opphold, mens den andre halvparten hadde hatt tre eller flere opphold.

Tallene i Agder-rapporten tilsier at 30% av de opiatavhengige til enhver tid er i institusjon "før" eller "utenfor" LAR og at 5% av LAR-klientene er i institusjon. Tverrsnittsdataene viser at 7% av de som er i LAR er i institusjon. Tallene i Agder-rapporten synes å være noenlunde representative. *Vi vil legge til grunn at 30% er institusjon utenfor LAR og at 7% er i institusjon innenfor LAR.*

SIRUS-rapporten oppgir at behandlingsdøgn koster ca 2.000 kroner. Det er noe mer enn det Agder-rapporten legger til grunn, 1.600⁴¹ kroner pr døgn. Det virker som at SIRUS-rapporten har det beste underlag, og vi vil legge til grunn 2.000 kroner pr behandlingsdøgn.

Forskjellen mellom LAR og ikke-LAR blir dermed, pr bruker pr år:

Kroner $2.000 * (0,3 - 0,07) * 365 =$ kroner 168.000 spart pr år pr LAR-klient⁴².

Det er viktig å være oppmerksom på at institusjonsoppholdet inneholder en del type oppfølging som for de som er i LAR skjer utenfor institusjon (gruppesamtaler med mer). Det tar vi med lengre ned.

Poliklinisk behandling

Vi har ikke funnet grunn til, og heller ikke grunnlag for å beregne denne forskjellen.

Medisiner

Prisene for metadon er i noe bevegelse. I et notat fra 2001 legger Bærum kommune⁴³ til grunn kr 120 pr dose. Vi antar at det tallet nå kan reduseres noe og antar at 100 kroner er mer passende. Buprenorfin oppgis samme sted til kroner 177 pr dose. Vi legger til grunn kroner 175. Årskostnadene vil derfor ligge mellom 36.500 kroner og 63.875 kroner. I dag er det klart flere som er på metadon enn på buprenorfin, men det kan

⁴⁰ Dette omfatter alle i undersøkelsen, ikke bare MAR- (LAR) klienter, men det er ikke grunn til å tro at det er vesentlige avvik for LAR-klientene.

⁴¹ Agder-rapporten viser betydelig forskjeller i prisene (kostnadene) for institusjonsopphold uten at dette kommenteres nærmere.

⁴² Tidsperspektivet blir drøftet annetsteds, siste avsnitt i kapitlet.

⁴³ "Medikamentelt støttet behandling av opiatavhengige MAR - i regi av Bærum kommune", Sak nr 56/00 i Sektorutvalg for levekår. Sitert fra <http://www.fmr.no/cparticle72672-10405a.html>.

tenkes at denne balansen vil forskyves. Det er grunn til å tro at legemiddelindustrien vil komme med stadig bedre medikamenter etter hvert som markedet vokser, og prisen vil neppe gå ned. Vi legger til grunn det gjennomsnitt som framkommer når vi deler bevilgningen på medisin på antall brukere, og legger derfor til grunn *42.000 kroner pr bruker pr år*, selv om det er litt i overkant i forhold til dagens situasjon.

Administrasjon/oppfølging i LAR

Bærum kommunes beregninger fra 2001 legger til grunn at kostnaden for *fastleger* er 11.400 kroner pr LAR-pasient pr år. Verken Agder-rapporten eller SIRUS-rapporten har tall på dette området. Vi har valgt å legge Bærums tall til grunn.

Urinkontroller oppgis i Bærum kommunes beregninger til kroner 100.000 pr år. Agder-rapporten oppgir kostnadene ved urinprøver til 432 pr stykk. Med 2 pr uke gir det kroner 45.000 pr år, og for 3 urinkontroller pr uke gir det *ca 67.000 kroner pr år*. Vi legger det tallet til grunn.

LAR-sentrene fikk en bevilgning til drift i 1999 på 38 mill kroner. I 2003 var bevilgningen, sammen med overførte midler, på 59 mill kroner. I samme tidsrom økte bevilgningen til legemidler fra 11 mill til 103 mill kroner. Den første summen økte altså med 55 % og den andre med en faktor på over 9, altså med over 800%. Dette avspeiler omorganisering i form av stadig desentralisering av LAR-arbeidet. Endringen i forholdet mellom de to postene i bevilgningene avspeiler derfor først og fremst at LAR-systemet behandler mange flere brukere, ettersom kostnadene til legemidler er en god indikator for antall brukere.

Hvis vi regner at det er 2.500 brukere i LAR, er det *ca 24.000 kroner pr bruker* i kostnader til drift av sentre.⁴⁴ Kostnad pr bruker har falt dramatisk i hele perioden, noe som er naturlig i en oppbyggingsfase, men det er tvilsomt om kostnadene kan komme mye lengre ned. Vi vil derfor legge til grunn en kostnad som nevnt.

Annen medisinsk behandling

Vi legger til grunn at det ikke er forskjeller av betydning mellom de to gruppene.

Sosial rehabilitering

Vi bygger på det vi har sagt tidligere, og går ut fra at den vesentlige forskjellen i innsats mellom de to gruppene er knyttet til boligkonsum. Vi antar at normalt boligkonsum er 6.000 kr pr måned, altså 72.000 kroner pr år. Inntil en tredel av dette kan betraktes som merkonsum for denne gruppen. Vi anslår altså kr 24.000 på årsbasis⁴⁵. Selv om vi har argumentert for at kommunene ikke over tid har mer innsats overfor gruppen enn overfor sammenligningsgruppen, har vi valgt å bygge på det faktum at gruppen er økende, og at derfor en forholdsvis stor gruppe permanent kommer til å befinne seg i en tidlig fase. En gjennomsnittsbetraktning kan derfor komme til å vise seg å inneholde en ekstra innsats. På bakgrunn av våre intervjudata fra kommunene har vi estimert dette til

⁴⁴ Disse gjennomsnittstallene er basert på dagens situasjon. Sentrenes ressursinnsats varierer for det første sentrene imellom, men viktigere er det at innsatsen varierer meget sterkt over tid. Vi antar dagens situasjon er noenlunde representativ, med noen pasienter i den første, ressurskrevende fasen, og noen i de mindre ressurskrevende senere fasene.

⁴⁵ Vi vet ikke i hvor stor grad de som er i institusjon i tillegg har egen bolig, men med lange institusjonsopphold er vår antakelse sannsynlig

0,1 årsverk pr år pr klient⁴⁶. Det gir en kostnad på ca 45.000 kroner⁴⁷ pr år, i alt har vi derfor en differanse mellom de to gruppene på denne posten på 69.000 kroner.

Domstolsbehandling/fengsling

Agder-rapporten oppgir 48 døgn pr bruker i fengsel før behandling og 12 døgn etter behandling. Dersom 48 døgn før behandling er representativt, kan vi legge det tallet til grunn. Tallet for dager i fengsel etter behandling kan vel være representativt for første året etter behandling er igangsatt, men kanskje ikke for senere år. Tverrsnittsdataene viser at bare 1,15 % av deltakerne i LAR sitter inne. Det tilsvarer litt over 4 døgn. Vi velger å legge til grunn en reduksjon på 44 døgn pr år. Agder-rapporten legger til grunn 1.100 kroner pr døgn i fengsel. Vi vil gjøre det samme. Samlet verdi av reduksjonen blir etter det *kroner 48.400*.

Vi har ikke data for hva domstolsbehandlingen koster. Agder-rapporten legger til grunn en antakelse om en kostnad på 600.000 kroner pr år fordelt på 50 klienter, før behandling. Det tilsvarer 20 saker. Det kan vel synes noe i overkant på 50 personer. Riktignok er kriminaliteten blant stoffmisbrukerne i den kategorien over 60%, men antallet som blir tatt, er lavt. Det er registrert 5 saker etter behandling i gruppen på 50. Siden domstolene bruker forholdsvis lang tid på behandling, er det vel grunn til å tro at det er vanskelig å tolke tallet som reell "etter-informasjon". Det blir mye gjetning, men vi vil legget til grunn 10 saker i året som en "før-informasjon" og 1 sak i året som "etter-informasjon" (Basert på en gruppe på 50). Dette er mer i tråd med tverrsnittsdataene for fengsling. Agder-rapporten legger til grunn at hver sak koster 30.000 kroner. Tallet virker ikke høyt, men vi vil legge det til grunn. Vi kommer dermed fram til en samfunnsmessig kostnadsreduksjon på *5.400 kroner* pr LAR-bruker pr år.

Narkotikaomsetning

Agder-rapporten legger til grunn at narkotikaforbruket er på 520 kroner pr dag. SIRUS-rapporten legger til grunn vesentlig høyere tall, 1.800 kroner per dag. Hvis prisen pr gram heroin er 600–700 kroner, må vi nok anta at for den aktuelle gruppen ligger gjennomsnittet på mellom 700 og 1000 kroner i forbruk pr dag. Vi vil basere oss på 900 kroner⁴⁸ pr dag før behandling. Etter behandling vil vi anta at forbruket er redusert med 80%. SIRUS-rapporten oppgir 67%, men den har data for Oslo, der reduksjonen er lavest. Vi baserer oss altså på en reduksjon på *kroner 600* pr dag. Det er 219.000 kroner pr år.

En betydelig andel (23 % i følge Agder-rapporten) av forbruket av heroin finansieres ved tyveri. I Agder-rapporten oppgis det at den narkomane omsetter tyvegodsset for 20% av verdien. Tyvegodsset videreselges kanskje for 30 – 40% av verdien. Det kommer altså til en kriminell aktivitet i tillegg til den narkotikaomsetningen vi har beregnet, og som må betraktes som en samfunnsøkonomisk kostnad. Vi har imidlertid ikke tatt med denne

⁴⁶ Denne posten er tatt med under tvil, jamfør drøftingen foran. At den tas med, er med til å gjøre estimatet vårt mer konservativt når det gjelder samlet netto økonomisk nytteverdi

⁴⁷ Her er det viktig å fastslå at det ikke er noen samfunnsmessig merkostnad for LAR-klienter sammenlignet med mennesker som ikke er i institusjon. Hele forskjellen skriver seg fra at de som er i institusjon får sine bolig tjenester dekket der.

⁴⁸ Det foreligger lite tilgjengelige data på dette området. SIRUS bør ha godt grunnlag for sitt estimat, men den samlede gruppen av LAR-klienter landet over kan tenkes å ha lavere forbruk. Tallene vi har, stemmer imidlertid noenlunde overens med en undersøkelse fra New South Wales, som for øvrig viser betydelige variasjoner innen gruppen. Sannsynligheten taler imidlertid for at vi heller har undervurdert denne posten enn overvurdert den. Det er i samsvar med at vi forsøker å gjøre et konservativt estimat på den økonomiske netto nytteverdi.

komponenten. Dette kan imidlertid tale for at vi heller har undervurdert enn overvurdert betydningen av den kriminelle aktiviteten som narkotikaomsetningen holder i gang.

Tap av produksjon

Både SIRUS-rapporten og Agder-rapporten viser liten utvikling når det gjelder yrkesdeltakelse. Statusundersøkelsen 2003 viser også at bare 14% på landsbasis er i hel- eller deltidsjobb. I tillegg er 13% på arbeidstrening. En rimelig tolkning av de kildene vi har, er at en vinner inn gjennomsnittlig 2 dager pr måned i produksjon. Det er omtrent samme resultat i døgntilrettelegging, i følge SIRUS-rapporten. Alle disse tallene bygger på forholdsvis korte perioder. Vi tror derfor at det er grunn til å anta at gevinsten over tid er noe større, men vi tror ikke forskjellen blir større enn 2 dager pr måned, eller ca 10%. Slik utviklingen er i LAR-gruppen, er det grunn til å tro at rehabiliteringspotensialet med hensyn til arbeid heller er i ferd med å bli gjennomsnittlig større heller enn lavere. Vi legger derfor til grunn en gevinst på *kr 20.000* pr år.

Sammenstilling

Tallene i sammenstillingen i tabell 11 på neste side, skal forstås slik at negative tall (tall i parentes) er de som slår negativt ut for LAR i forhold til behandling av andre opiatmisbrukere.

Tallene gjelder for ett år, forsøksvis et gjennomsnittså. Gevinsten er mindre de første årene og større etter hvert. Den posten som er kalt "administrasjon av LAR" er større de første årene og mindre senere. Posten som er satt opp til sosial rehabilitering vil også reduseres over tid, men den kan være høyere første, og kanskje andre året. Kanskje er gjennomsnittet ikke negativt i det hele tatt.

Den samfunnsøkonomiske gevinsten er beregnet til nesten *250.000 kroner pr bruker pr år*⁴⁹. Tallene i beregningene er forbundet med betydelig usikkerhet og unøyaktighet. Likevel vil det av sammenhengen og størrelsesorden på tallene framgå at hovedkonklusjonen de leder til, er forholdsvis robust i forhold til usikkerheten. Hovedkonklusjonen er i samsvar med andre undersøkelser.

⁴⁹ Tabellen sier 246.333 kroner, men det gir selvsagt et helt falskt bilde av nøyaktigheten i beregningene. Resultatet er derfor rundet av til 250.000 kroner.

Tabell 11.

Forskjell i samfunnsøkonomiske effekter for en detaljer LAR og en opiatavhengig utenfor LAR, pr år tall i parentes er merkosnader tall uten parentes er mindrekosnader eller inntekter			
Samfunnsøkonomisk post	Spesifikasjon	Hovedpost	Vekt-Andel av tallverdi
Behandling i institusjon		kr 167 900	25 %
Poliklinisk behandling		kr -	0 %
Medisiner		kr (41 975)	6 %
Administrasjon av LAR (sentre, fastlege, urinprøver)		kr (103 392)	15 %
- urinprøver	kr (67 392)		
- fastlege	kr (12 000)		
- sentre	kr (24 000)		
Annen medisinsk behandling		kr -	0 %
Sosial rehabilitering		kr (69 000)	10 %
Kriminalitet (domstolsbehandling, fengsling)		kr 53 800	8 %
- domstoler	kr 5 400		
- fengsling	kr 48 400		
Skadeverk		kr -	0 %
Narkotikaomsetning		kr 219 000	32 %
Tap av produksjon		kr 20 000	3 %
Sum gevinst pr pasient pr år		kr 246 333	100 %

Sum positive poster	kr 460 700
Sum negative poster	kr (214 367)
Sum tallverdi av poster	kr 675 067

Nytte/kostnadsforhold

2,15

4.3.5 Beregning av noen fordelingsvirkninger

De fordelingsvirkningene vi er opptatt av her, er de virkningene LAR har på offentlige budsjetter, hovedsakelig på statsbudsjettet, eventuelt via RHFenes budsjetter. Av postene ovenfor er det bare postene "narkotikaomsetning" og "tap av produksjon" som ikke kommer inn på de offentlige budsjetter. "Tap av produksjon" kommer imidlertid indirekte med, for den kan ses som en delvis reduksjon i trygdeutbetalinger eller sosialhjelpsutbetalinger. Vi antar at virkningen er 50% av beløpet i tabell 11. Vi trenger da å redusere den positive gevinsten på 246.000 kroner pr bruker med 239.000. Vi kommer derfor fram til at det er en sannsynlig *gevinst på de offentlige budsjetter med omkring 10.000 kroner pr år for hver LAR-bruker*, sammenlignet med andre opiatavhengige (egentlig: sammenlignet med å la de samme personene gå med tradisjonell behandling). 10.000 kroner er godt innenfor beregningsfeilen. Våre beregninger tyder derfor på at det for offentlige budsjetter er et nøytralt forhold mellom LAR og ikke-LAR- gruppene. På lengre sikt er en sannsynlig utvikling at de offentlige kostnadene vil gå noe ned. Det henger sammen med at når gruppen av LAR-brukere etter hvert inneholder relativt flere brukere som er langt ute i behandlingsforløpet, vil noen av kostnadskomponentene som er spesifikke for LAR gå ned. Over tid er det derfor mer sannsynlig at LAR vil være litt billigere heller enn litt dyrere.

Det forhold som først og fremst kan forskyve denne konklusjonen, er at dersom brukerne ikke var kommet inn i LAR, ville forventet levetid kanskje være vesentlig kortere.

Det er imidlertid ikke et aktuelt valg å ikke behandle eller behandle på annen måte i den hensikt å forkorte forventet levealder. Slike forhold er derfor irrelevante for regnestykket. Vi kan dermed i beregningen sette varigheten lik både for "LAR" og "ikke-LAR".

4.4 Oppsummering og drøfting

I dette kapitlet har vi vist at LAR i Norge har effekter av stor betydning.

Ved å sammenligne regioner og områder i Norge med ulike arbeidsmåter og ulik rehabiliteringsinnsats, innenfor samme regelverk, mener vi å kunne påvise at systematisk rehabiliteringsinnsats og oppfølging av deltakerne gir resultater i tråd med de mål som gjelder for LAR i Norge. Det hevdes ofte i faglitteraturen at rehabiliteringsinnsatsen er vesentlig, at rehabiliteringsresultater ikke kommer som et resultat av substitusjonsbehandling alene. Vi tolker de data som foreligger som en støtte til denne konklusjonen.

Vi tolker også de data som foreligger i den retning at mye bedre resultater kan og bør nås i flere områder i Norge.

Vår samfunnsøkonomiske beregning viser at nytte/kostnadsforholdet for LAR, sammenlignet med "ikke-LAR" er klart positivt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er en konklusjon som bare understøtter at det er økonomisk gunstig å drive LAR for de brukere det er riktig av medisinske grunner for. Dersom det foreligger medisinske grunner for å utvide LAR, ja, så foreligger også økonomiske grunner for det.

Det er store usikkerheter knyttet til de samfunnsøkonomiske beregningene. De største positive postene er reduksjon i kostnadene knyttet til institusjonsbehandling og i nedgang i narkotikaomsetning. Dette er relevante poster dersom vi holder oss til den gruppen det sosialmedisinsk sett er riktig å la inngå i LAR. For opiatavhengige som det ikke er riktig å inkludere i LAR, vil konklusjonene kunne bli annerledes.

Spørsmålet er om det også er samfunnsøkonomisk riktig å yte den ekstra innsatsen som er nødvendig for å få en bedre måloppnåelse, basert på rehabiliteringsinnsats (jf regionale forskjeller). Tallene i samletabellen (tabell 11) viser ikke uten videre at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å yte denne innsatsen. Merinnsatsen består i økt innsats fra kommunene, kanskje opp mot ca 45.000 kroner pr år pr klient⁵⁰ og en forholdsvis beskjeden ekstra innsats fra sentrene, kanskje 10.000 kroner ekstra pr år. Den ekstra innsatsen vil øke gevinsten av redusert narkotikaomsetning og kanskje også redusere kostnader til institusjonsopphold, men det er ikke like sikkert. Det vil også føre til økt produksjonsinnsats, og selv om vi ikke vet hvor mye, er det sannsynlig at gevinsten samlet sett vil overstige de økte kostnadene. Systematisk rehabiliteringsinnsats handler imidlertid mer om bedre organisering og metodikk enn om økte ressurser. Vi mener

⁵⁰ Variasjonen i hva kommunene setter inn ekstra pr LAR-bruker synes å være fra 0 til ca 0,1 årsverk pr år pr klient. Her har vi ikke tatt høyde for de betydelige variasjonene i innsats, som følge av at LAR-brukerne har ulike behov i utgangspunktet, samt at de vil ha forskjellige utviklingsforløp over tid. Ytterpunktene er på den ene siden "kronikere" med store bistandsbehov resten av livet, på den andre siden de som blir "fullt rehabilitert".

derfor å kunne konkludere med at økt rehabiliteringsinnsats lønner seg, eller balanserer, samfunnsøkonomisk sett, og betyr sannsynligvis lite i de offentlige budsjettene⁵¹.

⁵¹ Det må presiseres at denne konklusjonen bare gjelder sammenligning mellom de to gruppene. En helt annen sak er at det raskt voksende problemet med antall sprøytenarkomane krever økning i særlig kommunenes innsats.

5 INNHOLD

Dette kapitlet handler om *LAR-prosessen* ("pasientbehandlingsprosessen") og om *virkemidlene* som anvendes i LAR.

5.1 Er LAR-prosessen hensiktsmessig lagt opp og gjennomført?

LAR-prosessen er lagt opp med sikte på å rehabilitere opiatavhengige rusmisbrukere med hensyn til rusmestring og mestring av eget liv. Det er ikke en enkel, rettlinjert prosess, og den er krevende både for brukere og behandlere. Brukere har ulike utgangspunkt, og når ulike resultater. LAR-prosessen er ikke identisk for noen av dem.

Prosessen skal være effektiv med tanke på å nå målene, og den skal være kontrollert og sikker både for den som behandles og med hensyn til samfunnsmessige virkninger.

Framstillingen i dette kapitlet er strukturert i henhold til vanlig faseinndeling av LAR:

- Innsøking og inntak
- Avrusning/avgiftning
- Opptrapping og stabilisering
- Behandling og rehabilitering
- Utskrivning/eksklusjon, reinntak

Beskrivelsen belyser i hvilken grad prosessen er hensiktsmessig lagt opp og gjennomført mht faseinndeling og sammenheng, rettidighet, og tilpasning til brukerbehov og lokale forhold /eksisterende tjenesteapparat.

5.1.1 Innsøking og inntak

Hensikten med innsøking- og inntaksfasen er å sørge for at LAR-brukere og opplegget for den enkelte bruker, oppfyller kriterier og krav.

LAR-statistikk om søker- og ventelister er basert på hhv søknader som er registrert i senter, men ikke behandlet, og på de som venter på oppstart etter at senter har innvilget inntak i LAR. Imidlertid foregår en omfattende del av "søknadsprosessen" lokalt, både mht varighet og aktiviteter. Det er kommunen som bestemmer når søknadsarbeidet for den enkelte skal starte og hvordan det skal gjennomføres, og vi finner store variasjoner i kommunenes arbeid med innsøking til LAR.

Startpunktet for innsøking består i at en rusmisbruker ytrer ønske om å komme inn i LAR overfor sosialtjenesten. Initiativet kan også ligge hos lege, sykehus, rustjeneste eller sosialtjenesten selv. Kommunenes videre håndtering av "anmodning" om LAR varierer: Noen kommuner og bydeler

- "formaliserer" initiativet ved at potensiell søker fyller ut et eget skjema
- fremmer søknader fortløpende for de som fyller kriteriene - evt også for andre
- fremmer søknader etter hvert som kommune eller/og senter har kapasitet til å ta seg av flere (Kommuner og sentre kan operere med "inntaksstopp")

I praksis gjør sosialtjenestene i kommunene egne vurderinger av både søkerne, deres situasjon og av behandlingsskapitet før de bestemmer seg for å fremme søknad. Vi er kjent med at kommuner kan ha opptil 3 år gamle lister over de som ønsker LAR, men som det ikke er fremmet søknad for. Søknadsarbeidet igangsettes enten i henhold til kronologisk listerekkefølge når det blir ledig kapasitet i kommune eller senter, eller kommunen prioriterer hvem det skal søkes for etter vurdering av den enkeltes behov, potensial og aktuelle situasjon. De såkalte "skjulte" søkerlistene er en indikasjon på graden av behovsdekning, men omfanget er ikke dokumentert. Vårt inntrykk er at bare et mindretall av kommunene i hvert fylke har såkalte "skjulte" søkerlister av betydning.

Det aktive søknadsarbeidet tar vanligvis 3-6 måneder. Sosialtjeneste og søker samtaler med sikte på både å undersøke om inntakskriteriene oppfylles, å informere søker om innhold, prosess og krav, samt å undersøke om det er dette han/hun vil. Flere sosialkontor sier at de bevisst bruker tid på denne fasen, fordi den er viktig for å avklare behov og motivasjon og den fungerer som forberedelse til evt behandling. Det er ulike praksiser i sosialtjenesten mht om og når i søkeprosessen det fattes vedtak etter Lov om sosiale tjenester. Dette har bl.a. betydning for søkers adgang til å klage.

Søkefasen er ikke en rettlinjert prosess, bl.a. fordi rusmisbrukere som ønsker eller er aktuelle for LAR ikke representerer en konstant gruppe. Særlig Oslos bydeler, men også andre kommuner kan ha nokså flytende grupper av søkere, som følge av at de flytter, de ombestemmer seg, de følger ikke opp sin del av søknadsarbeidet. Flere sosialkontorer peker på at dagens søkere, som gjennomgående er noe yngre enn søkere fra oppstartårene, ofte er mer ambivalente til LAR, og har mindre motivasjon.

I Oslo, hvor søke- og ventetid for LAR, har svingt betydelig, merker sosialtjenesten godt at etterspørselen etter LAR endres tilsvarende; Lang ventetid før inntak reduserer aktuelle kandidaters motivasjon for å søke, eller gjør at de faller fra i søkeprosessen.

Det kan være ventetid knyttet til alle faser i søke- og inntaksprosessen, og antakelig et betydelig frafall av søkere underveis. De kan vente på at søknadsarbeid igangsettes, at søknad og tiltaksplan ferdigstilles, at søknad behandles i evt lokale og sentrale instanser, evt på avrusning og oppstart i institusjon, eller oppstart i senter eller kommune. Alle brukere som har opplevd å måtte vente lenge på LAR, og i særdeleshet de som har ventet på oppstart etter innvilget søknad, gir uttrykk for stor frustrasjon over dette.

Ventelister og ventetider (etter inntaksbeslutning) i regionene 1. tertial 2004 framgår av tabell 12 nedenfor.

Tabell 12.

Ventelister og ventetider i regionene					
	OSLO	Rest ØST	SØR	VEST	M/N
Venteliste, personer ca	60	25	65	150	105
Ventetid, mnd ca	12	0-3	2-12	*	24

* I Bergen skjer oppstart når søker har levert 2 rene urinprøver etter inntaksbeslutning (men før 3 mnd). Metadonklinikken anslår at tiden fra inntak til oppstart er 3-6 mnd, siden mange bruker lang tid på å komme i posisjon.

Kvaliteten på søknader og tiltaksplaner er gjennomgående blitt stadig bedre, sammenlignet med de første årene. Kommunene har etter hvert lært å lage søknader og tiltaksplaner i henhold til kravene, og står nå stort sett for hele søkefasen selv. Kommunen har gjerne dialog med fylkesinstans eller senter for å sikre kvalitet og omforenhet når søknaden sendes inn. Siden mye av kvalitetssikringen nå skjer lokalt, før søknaden fremmes for senter, blir ofte senterets inntaksbeslutning tilsvarende "proforma", gjerne lagt til et månedlig inntaksmøte med representanter for senter og for det fylke eller distrikt som søknader fremmes fra. De fleste søknader innvilges. Et unntak fra denne situasjonen er OSLO, hvor hver bydel sender søknader direkte til senteret /MAR-Øst, og hvor en betydelig andel av søknadene avskalles /returneres fra senter. I 2003 ble ca 35% av søknadene avvist eller returnert fordi senteret vurderte at de ikke oppfylte formalkrav eller senterets kvalitetskrav. Også Metadonklinikken i Bergen returnerer en del søknader pga mangler, drøyt 10 %. Begge disse sentrene holder kurs for 1.linjen i søknadsskriving.

Krav eller kriterier for å få innvilget LAR er knyttet til

1. egenskaper ved søker – dvs alder min 25 år, langvarig opiattdominert misbruk, medikamentfri behandlingserfaring; eventuell sykdom skal vektlegges
2. egenskaper ved opplegget for den enkelte – dvs tiltaket/søknaden skal omfatte opplegg for forskrivning, utlevering og kontroll, forankring hos sosialtjeneste og lege, ansvarsgruppe, tiltaksplan, bolig.

Etter etableringen av LAR i 1998 har det skjedd en viss lempning av kravene, ved at aldersgrensen er satt ned fra 30 til 25 år, og det ikke lenger kreves dokumentasjon for 10 års opiattdominert misbruk. Rundskriv I-5/2003 peker på at 25-årskravet kan fravikes.

Når det gjelder egenskaper ved søker ser det imidlertid ut til at andelen tvilsspørsmål i forhold til inntakskriteriene er økende, ettersom de mest "opplagte" kandidatene nå er inne i LAR.

Alder. 25-årskriteriet kan fravikes, men inntrykket er at problemstillingen er uaktuell for de aller fleste søkerne. Det er en klar tendens til at søkeres gjennomsnittsalder har gått ned, men gruppen under 25 år øker ikke i vesentlig grad. I region ØST har for eksempel andelen søkere under 25 år økt fra 5% i 1998 til 9% i 2003. Av 270 søkere i ØST pr 2. tertial var det 9 søknader fra personer under 25 år, som alle ble innvilget. Vårt hovedinntrykk er at alderskravet fravikes bare i spesielle tilfeller, for eksempel når helsetilstanden tilsier det. Videre ser praksis ut til å være at jo yngre søker er, jo sterkere vekt legges det på at øvrige kriterier skal være oppfylt, bl.a. kravet om medikamentfri behandlingserfaring.

Langvarig opiattdominert misbruk. En stadig større andel av søkerne er blandingsmisbrukere, og metadon eller buprenorfin har derfor begrenset effekt i forhold til deres totale rusmisbruk. Flere informanter blant fagfolk og brukere mener at "opiattdominert" etter hvert tillegges for liten betydning i søkefasen, og at for mange tas inn i LAR uten å ha hatt et *opiattdominert* misbruk. Denne utviklingen tilskrives hhv liberalisering av kravene og vanskene med å avgjøre hva som er opiattdominert misbruk. Det ser ikke ut til at særskilte verktøy for å kartlegge og bestemme typen rusmisbruk anvendes systematisk og i utstrakt grad, verken hos innsøkende instanser eller i sentrene. Vi er ikke kjent med at sentrene selv har utviklet eller introdusert kartleggings- og diagnosehjelpemidler basert på ICD-10 til bruk i sine distrikter.

Det uttalte rasjonalet for kravet om *medikamentfri behandlingserfaring* er at rusmisbrukere med behandlingserfaring i større grad enn de uten, har tilegnet seg kompetanse i forhold til å arbeide med og forstå sitt rusproblem, og de har erfaring med å være rusfrie i kortere eller lengre tid. Man er imidlertid klar over at mange mangler en slik ballast fordi de ikke har klart å være i behandling. Rusfrie fengselsopphold ser nå ut til å vektlegges for søkere uten behandlingserfaring. Et hovedinntrykk er at jo eldre søker er, jo mindre vektlegges behandlingserfaring.

Krav til det planlagte *tilbudet* til den enkelte søker:

Opplegg for forskrivning, utlevering og kontroll presenteres i søknad i henhold til etter hvert innarbeidet lokal praksis og kjente formalkrav for søknader. Når det går lang tid, for eksempel 1 år, mellom innsøking og inntak, har sosialtjenesten problemer med tilstrekkelig konkretisering og inngåelse av avtaler osv i forhold til aktører som skal involveres.

Tiltaksplanens form og innhold tillegges stor vekt i forbindelse med innsøking, og kravene til tiltaksplanen er etter hvert kjent og innarbeidet i innsøkingsinstitusjonene. Enkelte informanter i SØR og i ØST gir imidlertid uttrykk for at inntaksmyndigheten krever for ambisiøse og for langsiktige tiltaksplaner for tidlig i prosessen:

"Først når bruker er nykter og stabilisert på metadon, kan vi lage realistiske planer sammen med henne eller ham."

Problemstillingen synes å være særlig aktuell i Oslo, hvor representanter for sosialtjenesten oppfatter at senteret gjennomgående har krevd mer ambisiøse tiltaksplaner (høyere rehabiliteringsmål, lengre tidsperspektiv) enn det sosialtjenesten mener er realistisk, utfra

- o sitt kjennskap til søker
- o at søker ofte er i aktiv rus når tiltaksplan utarbeides
- o at det oftest går lang tid fra tiltaksplanen utarbeides til inntak i LAR (pt min 1 år)
- o at det først er etter medikamentopprulling at man kan ha en klar formening om brukers rehabiliteringspotensiale og utviklingsmuligheter

For å imøtekomme senterets krav forteller erfarne medarbeidere i Oslos sosialtjeneste at de i perioder delvis har lagd tiltaksplaner som "*er helt tulle*", og ikke i tråd med det de selv mener er hensiktsmessig og realistisk. Når man dessuten gjennom flere år har erfart at senter etter inntak gjør mye av jobben i forhold til bruker, og at tiltaksplanen i liten grad anvendes aktivt i behandlingen, bidrar det til at senterets krav til tiltaksplan i forbindelse med innsøkingen kan oppleves som meningsløse. I tillegg til å være delvis *uenige* i senterets krav til tiltaksplanene, kan sosialtjeneste/bydel også ha problemer med å *vite hva* senterets krav til enhver tid er. Dette forklares med forskjellige og skiftende praksiser (gjelder både lokale sentre og enkeltpersoner), og uoversiktlig informasjon fra senter. Når informasjonsmateriell er udatert og kommer fra ulike deler av senteret, kan det være vanskelig å være sikker på hva som gjelder når og for hvem.

Senter/MAR-Øst på sin side hevder at siden man ikke formelt opererer med "lavterskel LAR", så må tiltaksplaner være mer ambisiøse enn det sosialtjenesten ofte presenterer. Men informanter i senteret peker også på at sosialtjenesten tiltaksplaner gjennomgående er for lite konkrete.

Krav om "*egen bolig*" ble i tidlig LAR-periode tatt mer bokstavelig enn hva som ofte er tilfelle i dag. Selv om det generelt ser ut til å ha utviklet seg en viss grad av pragma-

tisme mht hva som kan være akseptabel bosituasjon på søketidspunktet, virker det som om Oslo skiller seg ut med relativt beskjedne krav til søkers bosituasjon.

Generelt håndteres "krav til bolig" utfra tre forhold:

- Søkerens evne til "å bo"
- Kommunens /bydelens mulighet for boligframskaffelse og boligoppfølging
- Dersom bosituasjon på søketidspunktet er "utilfredsstillende" (bl.a. aktuelt i Oslo, hvor rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner med varierende grad av rusing utgjør en viktig del av boligtilbudet), skal det være en plan for bedring av bosituasjon.

5.1.2 Avrusning, avgiftning og opptrapping

Sammenlignet med de første årene er krav til avgiftning før oppstart på substitusjonsmedikament, samt opplegg for selve oppstarten generelt redusert. Opprinnelig praksis var innleggelse i ca 4 uker for å avruse og avgifte på alle stoffer først, dernest begynte opptrappingen på metadon. Utviklingen har gått i retning av at avgiftning og opptrapping a) skjer mer parallelt og b) oftere skjer poliklinisk. Denne utviklingen er ikke "styrt", og den gjenspeiles for eksempel ikke i endret innhold i veiledninger eller metodebeskrivelser. Den antas å være resultatet av en rekke individuelle valg, særlig blant leger i sentre og lokalt, basert på at

- erfaring med at mange LAR-kandidater har vansker med å bli fullstendig "avgiftet"
- mer erfarne leger tar i større grad ansvar for poliklinisk avrusning og opptrapping,
- mange brukere allerede er i gang med en form for substitusjonsmedikamentering når de tas inn i LAR, som følge av utstrakt bruk av kvoter og "ventemedisinering",⁵²
- det er knapphet på institusjonsplasser for avrusning og opptrapping.

Utviklingen i retning av "liberalisert" avrusnings- og opptrappingspraksis synes å gjelde generelt, men med visse unntak og lokale variasjoner som vi ikke har full oversikt over. M/N ser ut til å representere et unntak fra hovedtrenden, ved at alle legges inn for avrusning i institusjon. M/N har også et uttalt krav om fullstendig avrusning og avgiftning før opptrapping på metadon, begrunnet med at det gir best effekt farmakologisk – og pedagogisk, knyttet til brukerens opplevelse av rusfrihet. Men for eksempel gradvis nedtrapping på benzodiazepiner etter oppstart i LAR, praktiseres også i M/N.

Variasjoner for øvrig dreier seg om *i hvilken grad* avrusning og opptrapping foregår i institusjon eller poliklinisk, noe som antakelig avhenger av hvordan behovet for skjerming og tett oppfølging vurderes i hvert enkelt tilfelle, samt i hvilken grad institusjonsplasser er tilgjengelige. Knapphet på institusjonsplasser både for avrusning/-opptrapping (og for avrusning i forbindelse med rusepisoder) synes å være et gjennomgående problem. I motsetning til hva som stort sett er tilfelle i resten av landet, er det god nok tilgjengelighet til institusjonsavrusning i M/N.

⁵² "Kvoteforskrivning" og "ventemedisinering": Allmennleger har anledning til å forskrive opioider med mer (ikke metadon og buprenorfin) i nedtrappingsøyemed i 3x3 mnd. og forutsatt tett oppfølging/kontroll. Både de som søker LAR og de som venter på å komme inn, står ofte på kvote. For eksempel opplyser MAR Øst at 40 av 170 søkere fra Oslo hittil i år har stått på kvote på A- eller B-preparater. "Ventemedisinering" refererer til kvoteforskrivning til personer som er tatt inn i LAR, men venter på oppstart, og dreier seg ofte om Dolcontin som hentes daglig på apotek.

Det er også variasjoner i krav til *grad av* avgiftning før substitusjonsmedikamenteringen starter, som for eksempel;

- 1 negativ urinprøve på alle rusgivende stoffer
- 2 påfølgende negative urinprøver på alle rusgivende stoffer
- 1 /flere urinprøver som er negative og/eller har synkende verdier på visse stoffer
- Varierende praksiser mht avgiftning eller direkte overgang fra "ventemedisin" (for eksempel Temgesic og Dolcontin) til substitusjonsmedikament.

5.1.3 Behandling og rehabilitering

Behandling og rehabilitering er den mest omfattende fasen i LAR-prosessen. Fasen kan ha svært forskjellig innhold, forløp og varighet, avhengig av

- brukers utgangspunkt og rehabiliteringspotensiale
- opplegget rundt ham/henne, og innsatsen eller virkemiddelbruken
- utfallet av behandlingen /rehabiliteringen

Figur 3 ("Utfallstrappen") i avsnitt 3.3.1 illustrerer dette.

"Behandling og rehabilitering" omtales primært under 5.2 Virkemiddelbruken, i henhold til hovedelementene 1) medikamentering og 2) rehabilitering.

LAR-sentrene har i varierende grad beskrevet og konkretisert denne fasen mht innhold, forløp og varighet. Men i den grad de har det, dreier det seg ofte om at man opererer med en innledende periode for (evt opptrapping og) stabilisering. *Stabiliseringsfasen* refererer som et minimum til medikamentering og riktig dosering, men kan også dreie seg om at bruker får erfaring med og venner seg til hente- og kontrollprosedyrer. I noen tilfeller handler *stabilisering også* om kontroll med rusmisbruk og stabil bosituasjon. Det opereres i liten grad med tidsavgrensning for stabiliseringsfasen.

MARIT er det senteret som i størst grad har konkretisert behandlings- og rehabiliteringsfasen. For det første opereres det med en tidsramme på 2 år for senterets direkte involvering i behandling/rehabilitering. Denne tidsavgrensningen er knyttet til forutsetningen om en periode for *aktiv rehabilitering* på 0-2 år. Ramme for *videreføringsopplegg* (etter 2 år) er antydnet. MARIT skisserer også en 3-deling av fasen for *aktiv rehabilitering* mht varighet og innhold, samt klare krav om hva som minimum skal være innsatsen fra aktører lokalt og i senter (for eksempel i fase 0-6 mnd skal bruker møte sosialkonsulent en gang per uke, og fastlege hver 2. uke).

I OSLO, hvor de aller fleste LAR-brukere er forankret i senter fra inntak og i en periode av varierende lengde, har problemstillingen rundt "*overføring av bruker fra senter til bydel*" konnotasjoner til LAR-prosessens *forløp*. Det har vært uklart om "*senterfasen*", dvs den perioden hvor bruker er forankret i senter, defineres i forhold til

a) oppnådd målsetting for bruker

b) at senteret har utført sine /evt på forhånd skisserte, oppgaver

(Arbeidsdelingen mellom senter og bydel eller kommune er også behandlet i Kap 6)

Denne problemstillingen blir godt illustrert i det såkalte "Gamlingeprojektet" ved MARIO (Bakstad et al 2003).⁵³

I Oslo har man bl.a. falt ned på rene tidsavgrensninger av "senterfasen", for eksempel bestemte Oslos bystyre i 2002 at varigheten skulle være max 2 år (av hensyn til bedre klientgjennomstrømming). I et dokument fra juni 2004 om MAR-Østs behandlingstilbud (til LAR-brukere i Oslo) er "senterfasen" antydning å være ½ - 1 år, og er inndelt i oppstartfase, utrednings- og behandlingsfase, samt overføring til Oslo kommune. Dokumentet beskriver også hva som er senterets oppgaver i de ulike delene av "senterfasen". Det finnes ellers ansatser til avgrensning og konkretisering av innhold, varighet og forløp i ulike dokumenter fra MARIO, bl.a. årsmeldinger. En informasjonsbrosjyre rettet mot målgruppa/brukere i Oslo⁵⁴ framstår som den hittil mest informative og entydige beskrivelsen av behandlings- og rehabiliteringsfasen (gjelder Oslo) fra LAR-senteret i region ØST.

Problematikken er i høy grad aktuell for andre regioner og sentre også. For eksempel har Bergensklinikkenes beskrivelse av LAR-behandlingen i denne regionen hovedfokus på hhv inntak og utskrivning, mens fasen for aktiv behandling og rehabilitering i liten grad er beskrevet eller konkretisert, verken mht innhold, arbeidsdeling mellom senter og 1.linje, eller varighet.

Det er vanlig å se på rehabilitering som et forløp, hvor følgende elementer inngår løpende eller periodisk:

- kartlegging av brukers rusmisbruk, helse og øvrige situasjon
- vurdering av rehabiliteringspotensialet
- formulering av mål
- innsats/virkemiddelbruk knyttet til medikamentering, tiltaksplan og ansvarsgruppe
- evaluering av brukerens utvikling og måloppnåelse
- evt reformulering av mål og plan

Meningen er at dette skal være en *dynamisk*, ikke en lineær prosess (jf *læringsløype*). Det er MARIT som i særlig grad legger en dynamisk lærings- eller evalueringstenkning til grunn for beskrivelser av og krav til behandlings- og rehabiliteringsfasen.

Kap 5.2 Virkemiddelbruken omhandler innholdet i behandlings- og rehabiliteringsfasen.

5.1.4 Frivillig utskrivning, eksklusjon og reinntak

I utgangspunktet er substitusjonsmedikamentering i LAR ment å vare livet ut. En del brukere er kommet til et punkt i prosessen hvor tiltaket kun omfatter medikamentering.

⁵³ En gjennomgang av MAR-BA's ca 100 pasienter viste at ca 1/2parten hadde vært i behandling i min 2år, noen så lenge som 4 år. Avdelingen hadde lange ventelister og manglet kapasitet til å ta inn nye. Det var miljøproblemer bl.a. som følge av at "de gamle" ofte brukte MAR-BA som varmestue og krevde mye oppmerksomhet. Altfor mye av personalressursene gikk med til "gamle" brukere og de dårligst fungerende. Prosjektet som varte fra 1.5.2001 til 1.12.2003 omfattet 30 av "gamlingene" og dreide seg om å kartlegge, vurdere og kategorisere gruppen av "gamle pasienter" mht fungering og mulig overføring til bydel/andre tiltak.

⁵⁴ "Er du klar for MAR", MAR-Øst 2004.

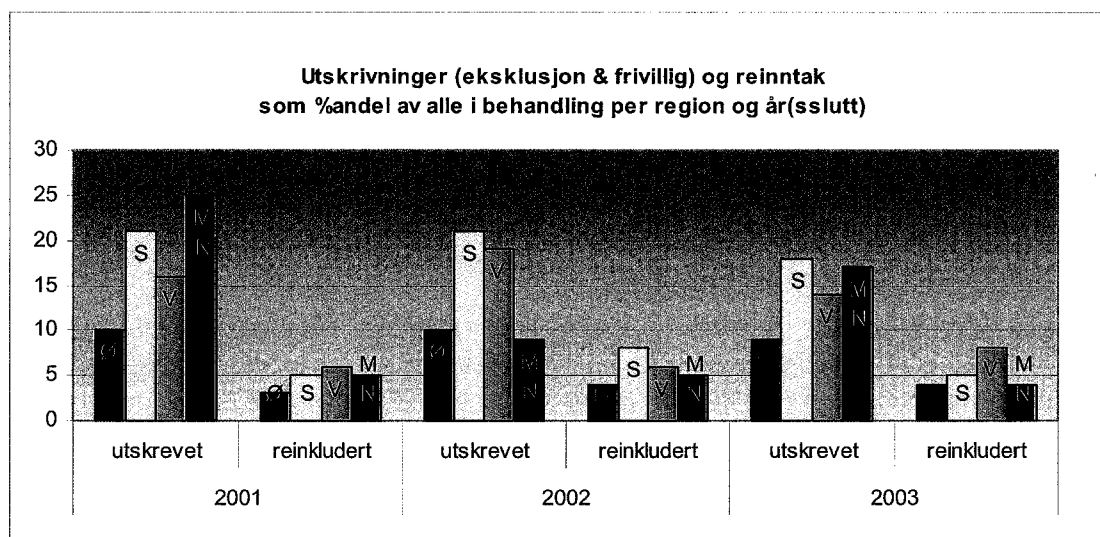
Dersom de er økonomisk selvhjulpne og ellers har orden på livet sitt, er oppfølgingen fra sosialtjenesten avsluttet eller trappet ned til et minimum.

Bare et lite fåtall av de brukerne vi har intervjuet mener at de kommer til å bruke metadon eller buprenorfin resten av livet. Generelt har brukerne enten et ønske eller en plan om å slutte med substitusjonsmedikamentering. Mange har som mål å prøve eller begynne nedtrapping noen år fram i tid. Vi finner 3 hovedbegrunnelser for å avslutte medikamenteringen; å leve rusfritt, å slippe bivirkninger, å være fri i forhold til "LAR-regimet".

Representanter for behandlere peker på at det erfaringsmessig er svært vanskelig å slutte med metadon, at de fraråder det på generell basis, og at de evt anbefaler nedtrapping over lang tid (flere år). Enkelte av brukerne vi har intervjuet opplever at de får lite støtte når de uttrykker ønske om å avslutte medikamenteringen.

Når brukere slutter i LAR, er det enten fordi de ønsker det selv eller fordi de blir ekskludert pga brudd på krav og bestemmelser i LAR. Andelen som ekskluderes er synkende i perioden 2001-03, mens andelen som slutter frivillig er økende. I årene 2001-03 dreide det seg om hhv 3%, 25% og 35% på landsbasis. Men også her er det betydelige regionale forskjeller: I 2003 utgjorde de som sluttet frivillig følgende andeler av alle utskrevne i sin region: ca 50% i ØST, ca. 33% i SØR, ca.18% i VEST og ca 16% i M/N. Disse regionale profilene for fordelingen mellom "frivillige" og "ekskluderte" gjelder de foregående årene også.

Figur 10 nedenfor viser regionale forskjeller og variasjoner over tid når det gjelder utskrivning, inkl eksklusjon og frivillig utskrivning, og reinkludering.



Figur 10. Utskrivning og reintak som prosentandel av alle i behandling.

Vi har ikke spesifikt undersøkt hva som kan være grunn eller motivasjon for såkalt frivillig utskrivning. Senteret i ØST, som i fjor hadde like mange frivillig utskrevne som ekskluderte, mener at mange som står i fare for å bli ekskludert, velger å slutte frivillig.

Brukere kan bli ekskludert fra LAR bl.a. ved omsetning av illegale stoffer, juksing med urinprøver og ved vold og trusler om vold. Hvorvidt det siste kriteriet gjelder vold og voldstrusler generelt, eller bare hvis det er rettet mot LAR-personale ser ut til å oppfattes forskjellig blant de utøverne vi har intervjuet.

Risikoen for og praktiseringen av *eksklusjon* ved brudd på LAR-kravene om å ikke bruke rusmidler, kan i høy grad sees som et virkemiddel i LAR, og vil derfor primært bli omtalt under pkt 5.2.

Når det gjelder reinklusjon er vi kjent med at praksis har variert noe over tid og mellom regionene, men dette har vi ikke undersøkt nærmere.

LAR betraktes i utgangspunktet som livslang behandling, og LAR-brukere er på mange måter å betrakte som "kronikere". Selv om det etter hvert er et betydelig antall brukere som primært får substitusjonsmedikamentet og hvor behandlings- og rehabiliteringsinnsatsen ellers er avsluttet, har man i liten grad begynt å operere med for eksempel en "oppfølgings- og vedlikeholdsbehandlingsfase" og hva som skal være innhold og organisering i denne. Det synes også å være lite fokus på problemstillinger om nedtrapping fra medikamentering og full rehabilitering også fra avhengighet av substitusjonsmedikamentering.

5.2 Er alle forutsatte virkemidler satt inn?

Forutsatte virkemidler i LAR er medikamentering, kontroll og andre innsatsmidler, ofte kalt "psykososiale" eller "sosialfaglige" virkemidler.^{55 56}

Virkemidler knyttet til den kjemiske stabiliseringen er substitusjonsmedikamentering (type, dosering, utlevering) og kontroll (urinprøver for å sjekke inntak av substitusjonsmedikament og rusmidler/stoffer som kan innvirke på behandlingen). "Andre virkemidler" kan forstås som det som settes inn i rehabiliteringsprosessen for å oppnå utvikling på de forskjellige rehabiliteringsområdene, slik tabell 13 på neste side antyder.

Virkemidlene dreier seg om å bistå bruker slik at hun eller han på egen hånd eller med varierende grad av støtte og involvering fra andre, kan nå sine rehabiliteringsmål. Det er sammenheng og overlapping mellom rehabiliteringsområdene og mellom virkemidlene.

Følgende spørsmål legges til grunn for framstillingen: Hvilke virkemidler anvendes? Har de vært satt inn til riktig tid i prosessen, og har de vært riktig dimensjonert, for å oppnå et best mulig resultat. Har de nødvendige virkemidlene vært tilgjengelige?

Kapitlet vil omhandle ytterligere to elementer som inngår i LAR-arbeidet, og som kan sees som "virkemidler", nemlig bruken av *tiltaksplaner* og av *ansvarsgrupper*.

⁵⁵ I Faglig tilråding fra SHdir (2003) anvendes uttrykkene "andre innsatsmidler" og "psykososiale tiltak" om det som skal kombineres med substitusjonsmedikamenteringen.

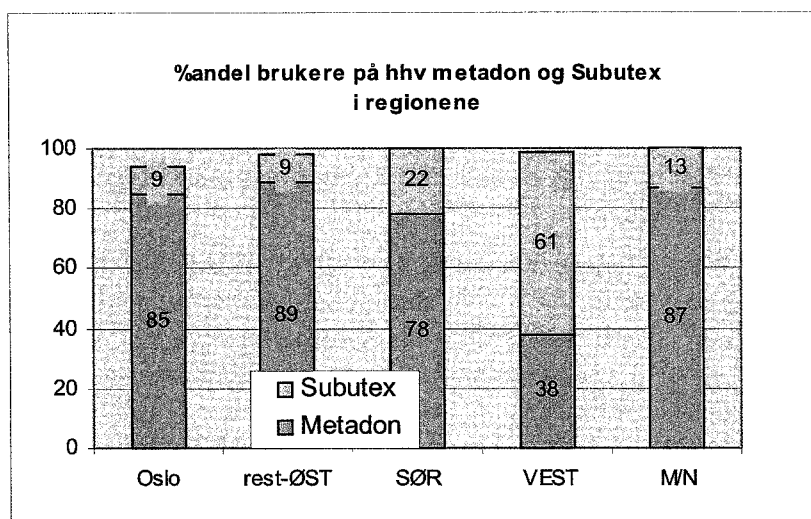
⁵⁶ Første del av kapitlet omhandler virkemidler knyttet til den kjemiske stabiliseringen, deretter blir "andre virkemidler" tematisert. Siden medikamenteringselementet gjennomgående er grundig beskrevet og diskutert, samtidig som anvendelsen er standardisert i en helt annen grad enn det som er tilfelle for de øvrige virkemidlene, har vi funnet det nødvendig først å etablere en beskrivelse og konkretisering av "øvrige virkemidler" (se tabell på denne siden), for så å undersøke anvendelsen av dem i det faktiske LAR-tilbudet.

Tabell 13.

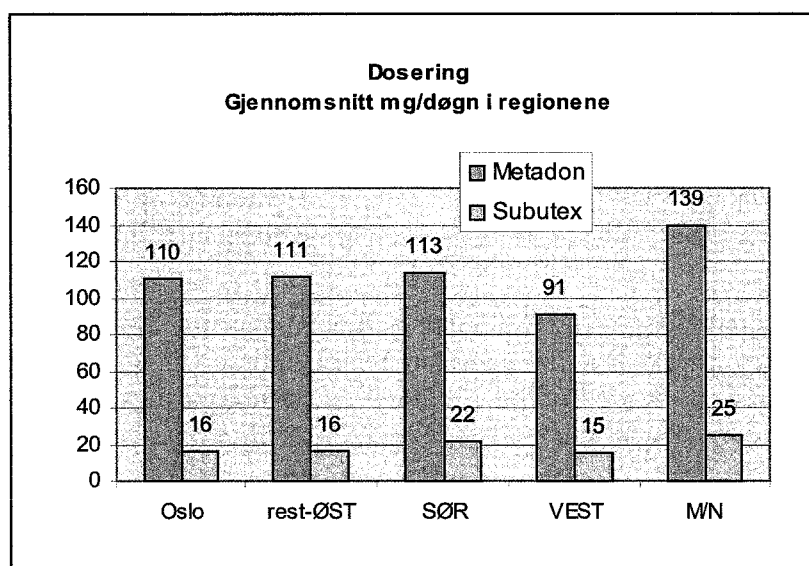
Virkemidler (utover medikamentering) rettet mot ulike rehabiliteringsområder	
Rehabiliteringsområde	"Andre" virkemidler kan være:
Rus	Individuell støtte- el terapisaamtale (evt. gruppetilbud) Kriseintervensjon, avrusning, skjerming
Utdannelse, arbeid	Samtale, rådgivning Bistand søknader etc Bistand arbeidsformidling Arbeidstrening, sysselsettingstiltak
Økonomi, inntekt	Samtale etc for å kartlegge økonomisk situasjon og gi råd Tiltak for å optimalisere brukers situasjon i forhold til atførings-, sosialhjelps- eller trygdeytelser Tiltak for å gjøre bruker mest mulig økonomisk selvstendig
Kriminalitet	Særlig tiltak vedr økonomi vil virke inn her
Bolig	Bidrag til å optimalisere boforhold jf brukers forutsetninger og mål: Boliganskaffelse /få seg en egnet bolig Finansiering av bolig /bokostnader Botrening jf boevne Tilsyn i bolig (kan innebære institusjon)
Helse	Undersøkelse, utredning, diagnose Behandling av somatisk og psykisk lidelse Tiltak for å lære egenomsorg
Sosialt nettverk, hverdagsaktiviteter	Samtale, rådgivning med sikte på (re)etablering og vedlikehold av nettverk (utenfor rusmiljø) Bistand, støtte – til samme

5.2.1 Medikamentering

Figur 14 og 15 viser bruken av hhv metadon og buprenorfin, og dosering (gjennomsnittlig døgndose i ml) i regionene (UiO, Statusdata 2003).



Figur 14. Prosentandel brukere på metadon og buprenorfin.



Figur 15. Dosering i mg pr døgn.

Anerkjent/anbefalt vedlikeholdsdosering for metadon i Norge er 80-120 mg/døgn for metadon⁵⁷ og for buprenorfin 8-24 mg/døgn.⁵⁸ Retningsgivende for dosering er blodprøveresultater som viser serumnivå, samt brukers opplevde velbefinnende.

I ØST er metadon mest anvendte legemiddel, basert på at senter mener det fungerer best. Buprenorfin er blitt brukt systematisk med sikte på å korte ned ventetid for inntak i Oslo. (Inntakspoliklinikken og Buprenorfinprosjektet). Generell praksis er å overføre brukere til metadon etter hvert. ØST har gjennomsnittsdosering metadon på vel 100 mg, men det kan være store variasjoner innad i regionen.

⁵⁷ Anbefalinger for dosering og utlevering av legemidler i MAR, MARIO 5/2003

⁵⁸ Ref: Professor Helge Waal, UiO i møte 10/2004

Opptrappingsplan og dosering bestemmes av senterlege i Oslo, eller lokal lege i de øvrige fylkene. Brukere i Oslo gir uttrykk for at mange nå forsøker å redusere bivirkninger, som svetting og trøtthet, ved å doseres så lavt som mulig. Dette i motsetning til de første årene med LAR, hvor brukere oftere ønsket "mest mulig".

I SØR er det i gjennomsnitt ca 20% av brukerne som får buprenorfin, bortsett fra i Buskerud som nesten utelukkende anvender metadon. Gjennomsnittlig døgndose i fylkene varierer mellom 100 og 130 mg.

Region VEST skiller seg fra de øvrige regionene ved at over 60% av LAR-brukerne får buprenorfin. Metadonklinikken i Bergen og LAR Rogaland har buprenorfin som førstevalg, og begrunner det med at det er mindre avhengighetsskapende, lettere å trappe ned og gir mindre overdoserisiko ved sidemisbruk. Sentrene legger dessuten vekt på at brukere i VEST gjennomgående foretrekker buprenorfin, fordi det oppfattes som "lettere" og mindre helseskadelig enn metadon. De som bruker metadon gjør det ofte etter eget ønske, og/eller fordi senteret vurderer buprenorfin som utilstrekkelig, og at de bør gå over på metadon. VEST har langt lavere gjennomsnitt for døgndoser enn de øvrige regionene. Vårt intervjumateriale tyder på at brukere i VEST generelt er skeptiske til høye doser, og at de foretrekker buprenorfin framfor metadon.

MARIT mener at metadon normalt er det beste medikamentet, og dessuten billigst. Derfor er de fleste brukere i M/N medikamentert med metadon. Våre intervjudata indikerer at brukere i M/N som ønsker buprenorfin framfor metadon, kan ha problemer med å få gjennomslag for dette i MARIT. Gjennomsnittlig dosering er markant høyere i M/N enn i landet for øvrig.

Generelt finner vi at LAR-brukere opplever mer eller mindre plagsomme bivirkninger av metadon; hvor de vanligste synes å være svetting, trøtthet og manglende tiltaksløst, nedsatt seksualløst og mareritt.

I sentrene er det en generell holdning til at B-preparater bør unngås for de som er i LAR. Dette begrunnes med at uønskede bivirkninger kan oppstå sammen med inntak av metadon, og med at svært mange av LAR-brukerne tidligere har misbrukt for eksempel benzodiazepiner og at de ofte har store problemer med å holde seg til forskrevet inntak.

Statusdata (UiO 2003) viser at ca 14% av alle LAR-brukere får forskrevet B-preparater. I region VEST er andelen kun 6% - men der er det også mye "sidemisbruk". I de øvrige regionene ligger andelen rundt gjennomsnittet. Overlegen ved senteret/MARIT tar full kontroll over de lokale legene som er involvert i LAR, slik at de ikke på egen hånd skriver ut preparater som kan ha rusvirkning, til sine LAR-pasienter. Hvorvidt MARITs evt mer restriktive praksis også omfatter forskrivning av psykofarmaka generelt, inkl C-preparater, er vi ikke helt på det rene med. (se brukerintervjuer om anti-depressiva).

5.2.2 Medikamentutdeling og urinprøvekontroll

Ordningene for medikamentutdeling og urinprøver har til hensikt å kontrollere at den enkelte LAR-bruker tar medisinen sin og at han ikke inntar rusmidler og/eller ikke forskrevne medikamenter som kan gi ruseffekt. Ordningene skal også bidra til at metadon og buprenorfin ikke kommer på avveie og omsettes i rusmiljøene.

I tillegg til kontrollaspektet har utdelings- og kontrollopplegget rundt brukeren også et pedagogisk aspekt. Det at man kan bli ekskludert fra LAR ved brudd på avtalte henteordninger og dersom urinprøveresultater viser inntak av rusmidler, innebærer en trussel som kan påvirke brukerne til "riktig" adferd. Det er også et element av "straff og belønning" knyttet til hhv strenge og mer liberale hente- og kontrollordninger. For eksempel må nye LAR-brukere hente medikamentet daglig og innta det under påsyn.

Dersom vedkommende viser god mestring i forhold til rus og andre LAR-relaterte forhold, får han eller hun etter hvert lov til å hente medikamentet sjeldnere og i form av "ta med hjem-doser", noe som oppleves som et gode. Brudd på avtaler og forutsetninger fører oftest i første omgang til skjerpet henteordning. En nokså typisk reaksjon på en rusepisode, synes å være at bruker må hente hver dag, inntil et visst antall negative urinprøver viser at vedkommende er tilbake på den smale vei.

Vårt intervjumateriale omfatter mange og ulike synspunkter på praktisering av hente- og kontrollordninger. Det som har å gjøre med organisering og kvalitetssikring omtales i kap. 6. Det er delte oppfatninger av hvordan hente- og kontrollordninger anvendes og fungerer som *virkemidler* i rehabiliteringen. Noen ser på for eksempel urinprøvekontroll som en god metode for systematisk oppfølging av bruker, andre mener at det legges altfor stor vekt på kontrollaspektet, og at problemstillinger rundt bruk av rusmidler overfokuseres og gir en negativ vinkling til rehabiliteringsprosessen. Det stilles spørsmål ved nytten av LARs så vidt tette og kostnadskrevende kontrollopplegg.

Brukere (i ØST) gir generelt uttrykk for at det burde være strengere kontroll i forhold til sidemisbruk, at altfor mange får gå for lenge og ruse seg, og at dette i for stor grad preger miljøet i sentrene, botilbudene osv. Imidlertid sier de samme personene ofte at det har vært viktig for dem selv at ansvarsgruppe og behandlere ikke har vært for strenge mot *dem* når de har sprukket. De er redd for å bli kastet ut av LAR og er glad for at det ikke skjer.

En bruker som sliter med å holde seg unna Rohypnol, forteller at det hun er mest redd for, er "å havne på benzokjøret igjen":

"Det har skjedd en gang i løpet av de to årene jeg har vært i LAR, og det er helt forferdelig. Hvis jeg ikke klarer å slutte med en gang, så er det kaos og depresjon i flere måneder - og et helvete å komme seg ut av igjen. Jeg vil ikke oppleve dette en gang til! Jeg vil at MARIO eller noen andre bare skal gripe tak og stoppe meg før jeg sklir utover."

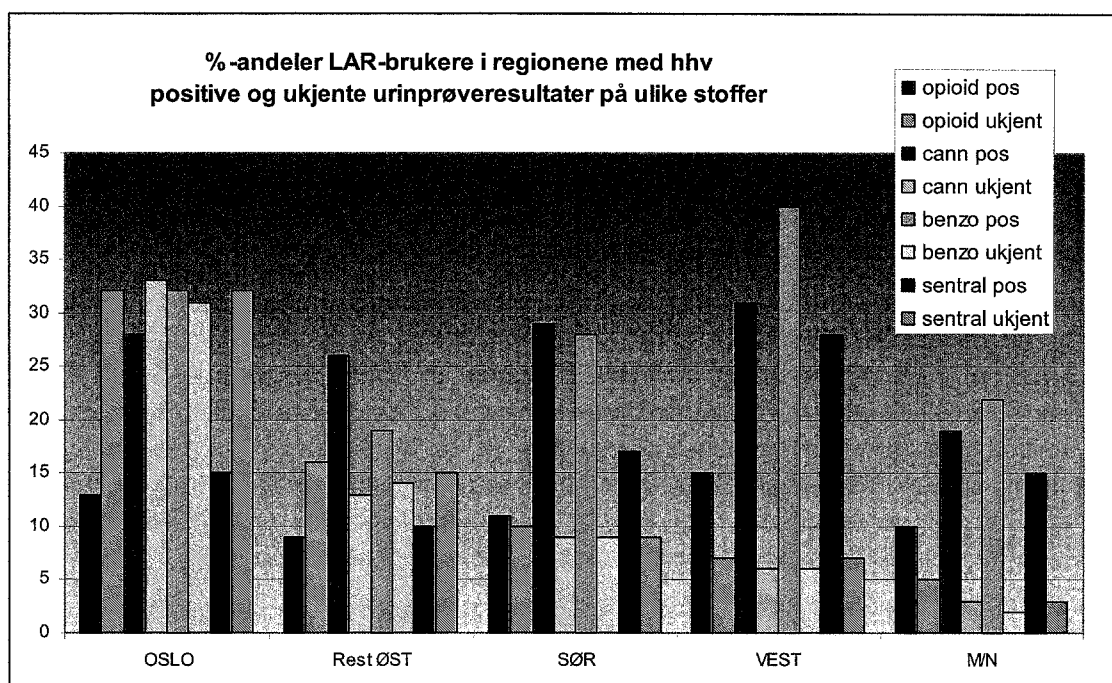
Tre kamerater som har vært et års tid i LAR, men som ikke har planer om å slutte og ruse seg, har høy kompetanse om kontrollprosedyrer og avviksreaksjoner:

"Vi kjenner reglene til punkt og prikke, og vet akkurat hva vi kan gjøre og ikke gjøre og hva som skjer. Alkohol er du dum hvis du tas på. Hasj er det ingen som bryr seg om. Heroin får vi ingen ting ut av lenger, så det er ikke aktuelt. Lite og jevnt med benzo går greit, men havner du på ei kule, må du hente hver dag på apoteket, til prøvene dine er fine igjen. Hvis du synes det er for kjedelig, er det opp til deg selv å dra deg inn igjen. Systemet er helt greit, det. Gjør vi noe vi blir straffa for, er det vår egen skyld."

Når det gjelder urinprøver ser vanligste praksis ut til å være at det tas to urinprøver per uke, som testes for alle rusfremkallende stoffer, dvs opiater, cannabis, benzodiazepiner, sentralstimulerende stoffer og alkohol, i tillegg til metadon og buprenorfin. Intervjuene tyder på noe forskjellige praksiser mellom og innad i regioner, men vi har ikke full oversikt over lokale variasjoner i kontrollprosedyrer, hvilke stoffer det testes på, hvordan urinprøveresultatene følges opp av de involverte behandlerne /sentrene, eller hvilke konsekvenser ulike typer urinprøveresultater har i forhold til den enkelte bruker. Det ser ut til at M/N har det tetteste kontrollregimet, knyttet til gjennomgående grundige analyser ved spesiallaboratorium, og systematisk avviksoppfølging i forhold til bruker.

Både brukere og utøvere forteller at det ofte er ønskelig, men svært vanskelig å operere med individtilpassede reaksjoner på avvik. I de enkelte lokalmiljøene er det stor grad av regelorientering og informasjonsutveksling blant brukerne om regler og praksiser.

Figur 13 på neste side er basert på statusdata (UiO 2003) om urinprøveresultater "siste 4 uker" (før skjemautfylling, dvs ca november 2003) for alle LAR-brukere.



Figur 13. Prosentandel brukere med positive og ukjente urinprøveresultater.

Figuren viser andeler LAR-brukere i regionene med hhv *positive* og *"ukjente"* urinprøveresultater på alle stoffer (vi har utelatt alkohol i oversikten) som vanligvis er gjenstand for testing. "Ukjent" indikerer enten at det ikke foreligger urinprøveresultater for bruker fra siste 4 uker, eller at skjemautfyller/oppfølgingsansvarlig ikke er kjent med resultatene. Figuren viser systematiske variasjoner i regionale profiler mht om urinprøveresultater for brukerne foreligger og/eller er kjente. Ytterpunktene er Oslo og M/N hvor det er "ukjente" urinprøveresultater for hhv hver 3. og hver 20. bruker. (Dersom det er riktig at det er de brukerne som klarer seg best og har minst sidemisbruk, som etter hvert urinprøvekontrolleres sjeldnest, kan vi ha en hypotese om at de forskjellige "ukjent"-andelene omfatter relativt sett mange brukere med "rene" urinprøver).

5.2.3 Rehabilitering: Virkemiddelbruken

I den grad LAR-arbeidet skjer i henhold til en modell, oppfattes den i fagmiljøene som en standard rehabiliteringsmodell. For eksempel skiller ikke innholdet i tiltaksplaner seg vesentlig fra rehabiliteringsopplegg for andre sosial- og atferds klienter. Generelt er ambisjonsnivået rusfrihet og rehabilitering, men det tas høyde for at dette ikke er realistisk for alle. Siden bedret livskvalitet er utfallet av LAR for de aller fleste, legges dette til grunn som mål i varierende grad.

Vår kartlegging har ikke avdekket "autoritative" beskrivelser av bestemte arbeidsmåter eller innsatser, utover det som går på det medikamentelle. Det nærmeste vi kommer er *Veileder for sosialfaglig rehabilitering* (MARIO 2001/MAR-Øst 2004), som er "godkjent" i nasjonalt MAR-forum. Forordet understreker at veilederen ikke beskriver MARIOS praksis, eller gir oppskrift på hvordan man skal arbeide med LAR. Veilederen beskriver *sosialfaglig rehabilitering* som ett av flere virkemidler /tilnæringer, som må komme i tillegg til medikamenteringen, men er vag mht hva disse andre virkemidlene kan være. Veilederen legger *Rehabiliteringsmeldingen* (St meld nr 21 1998-99) til grunn, og refererer dessuten til at *forskning viser at metadonprogram med tilfreds-*

stillende sosialfaglig innhold (ikke spesifisert) eller som er knyttet til kombinasjon av rådgivning og psykoterapi, gir bedre/best resultater.

Generelt oppfatter vi at LAR-sentrene, snarere enn å konkretisere eller avklare hva den *sosialfaglige eller psykososiale innsatsen* i LAR kan være, understreker betydningen av en individuell tilnærming til brukerne, og en derav følgende åpenhet mht valg av arbeidsmetodikk eller modell.

Bruken av tiltaksplan

Tiltaksplanen viser målene for rehabiliteringsprosessen, hvilke virkemidler som skal settes inn for å nå ulike mål og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene. Tiltaksplanen er vanligvis utformet slik at den dekker rehabiliteringsområdene, jmf tabell 13 i innledningen til avsnitt 5.2. Tiltaksplanenes innhold og utforming er omtalt i forbindelse med søke og inntaksfasen foran, og knyttet til inntakskravene. Beskrivelsen nedenfor er basert på intervjudata, og tar utgangspunkt i følgende spørsmål: I hvilken grad brukes tiltaksplanen aktivt i rehabiliteringsarbeidet? Blir den oppdatert og justert? Anvendes den som faktisk rettesnor for arbeidet? Legges den til grunn for evaluering og revurdering av rehabiliteringsprosessen?

Vårt hovedinntrykk er at bruken av tiltaksplan i det faktiske rehabiliteringsarbeidet varierer mye. Alt i alt synes ikke tiltaksplanen å ha den betydningen den er tiltenkt som arbeidsredskap i en målrettet rehabiliteringsprosess, og som en "kontrakt" mellom de involverte partene. Den er viktig i forbindelse med innsøknning, men brukes i mindre grad systematisk i det påfølgende arbeidet.

I Oslo kan arbeidsdelingen mellom bydel og senter kanskje være en forklaring på dette, siden det er sosialtjenesten som utarbeider tiltaksplanen, mens det ofte er senteret som gjør mye av arbeidet i forhold til bruker, både knyttet til oppfølging i ansvarsgruppe og ellers. For eksempel forteller en ruskonsulent i en av bydelene at hun i 2003 var inne i 17 ansvarsgrupper ledet av senterkonsulenter, og at det ikke var aktiv bruk av tiltaksplan i disse gruppene. Brukere i Oslo gir uttrykk for at det er forstemmende å oppleve at en i utgangspunktet løfterik tiltaksplan legges i en skuff.

Informanter i ØST begrunner tiltaksplanens relativt passive rolle i rehabiliteringsarbeidet med at den ofte er for generell og for ambisiøs i forhold til brukers utvikling. Dersom brukere for eksempel ruser mye, trenger de helt andre planer enn de som legges til grunn ved inntak. En informant ved en av Oslos rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner mener at de har en viktig oppgave rett og slett med å redusere ambisjonsnivået i tiltaksplaner for sine beboere:

"Vårt viktigste bidrag tror jeg er å hjelpe LAR-brukeren med å sortere mellom alt han skal oppnå og gjøre. Vi ser at mange som kommer inn i LAR er overveldet over alt som skal 'ordnes' samtidig: Narkogjeld, utdanning, tannlege, besøke mor, møte med Sporveien etter tagging osv. Vi hjelper dem til å finne ut hva som er viktigst for dem, og å ta en ting av gangen og på en slik måte at de klarer det."

I SØR og i VEST varierer også bruken av tiltaksplanene: Noen kommuner bruker planen "dynamisk" og tilpasser den brukerens utvikling løpende. I andre kommuner ligger nok planen til grunn, men den justeres ikke aktivt underveis. En del av brukerne i SØR og i VEST sier de ikke har sett tiltaksplanen sin siden søknadsarbeidet, eller de gir uttrykk for at de er misfornøyd med manglende oppdatering av planen.

I M/N har man valgt å ikke bruke de omfattende tiltaksplanene som ligger til grunn for søknaden, men utarbeider i stedet enkle oppfølgingsplaner hvor nye mål og tiltak defi-

neres, og hvor brukers utvikling evalueres. Disse planene "rulleres" i hvert møte i ansvarsgruppene, dvs ca hver 3. mnd.

Flere av våre informanter i sentre og kommuner peker på at verdien av tiltaksplanen primært ligger i at det faktisk blir utformet en skriftlig, relativt konkret plan, og at ulike aktører forplikter seg til å samarbeide om å realisere den. Arbeidsmåten i LAR, med fokus på mål, virkemidler og resultater, slik tiltaksplanen jo legger opp til, er fruktbar og meningsfull for de involverte. Det er dessuten en rekke eksempler på vellykkede rehabiliteringsprosesser med godt utfall for bruker, til tross for manglende systematisk bruk av tiltaksplanen.

Basert på noen års erfaring med bruk av tiltaksplaner i LAR, er enkelte kommuner nå i gang med å gjøre tiltaksplaner til mer reelle verktøy; dvs med mer konkrete og kortsiktige mål, og opplegg for systematisk rulling og evaluering.

Bruken av ansvarsgruppe

Ansvarsgruppen er et tverrfaglig og tverretattlig team som samarbeider over tid med utgangspunkt i brukers behov og tiltaksplanens rammer. I hvilken grad har LAR-brukere ansvarsgruppe? Hva er vanlig sammensetning og arbeidsmåte?

Et hovedinntrykk er at alle som *begynner i LAR* har en ansvarsgruppe, fordi det er en forutsetning for å få behandlet og innvilget LAR-søknaden. Et annet hovedinntrykk er at de fleste *i LAR* har en ansvarsgruppe som i varierende grad fungerer som forutsatt. Men det rapporteres om "sovende" ansvarsgrupper, samt om ansvarsgrupper som er avsluttet eller har utspilt sin rolle når bruker har vært lenge i behandling - med godt eller dårlig utfall. Figur 14 på neste side viser bl.a. i hvilken grad LAR-brukere i de forskjellige regionene har møtt ansvarsgruppen sin i løpet av de siste 4 ukene. Vi ser at det gjelder ca 65% av brukerne i SØR og i ØST utenfor Oslo, ca 1/2 parten av brukerne i VEST, og rundt 1/3 av brukerne i OSLO og i M/N. I M/N ledes ansvarsgruppene av konsulent i senter/MARIT, og har (derfor pga reiseavstander) møter ca hver tredje måned.

Vanligvis er det hyppige møter i ansvarsgruppen tidlig i LAR-prosessen. I oppstarten er det for eksempel vanlig med møter ca hver 3. uke i SØR, ca hver 4. uke i ØST, og ca hver 6. uke i Oslo. LAR-brukere som har en god utvikling og som oppnår selvstendighet i livet sitt, har kanskje 1-2 ansvarsgruppemøter per år.

Ansvarsgruppens sammensetning er vanligvis sosialkonsulent, fastlege (ved lokal forskrivning), senterkonsulent (ikke for brukere i Oppland, Hedmark, Østfold, Akershus og Oslo/lokal forankring) og evt representanter fra psykiatri, rusomsorg mv. I Oslo er det enten senterkonsulent eller konsulent i sosialtjenesten som leder ansvarsgruppen. (se også kap 6) I M/N leder senterkonsulent alle ansvarsgrupper.

De fleste informanter gir uttrykk for at ansvarsgruppemodellen fungerer godt, men er arbeidskrevende.

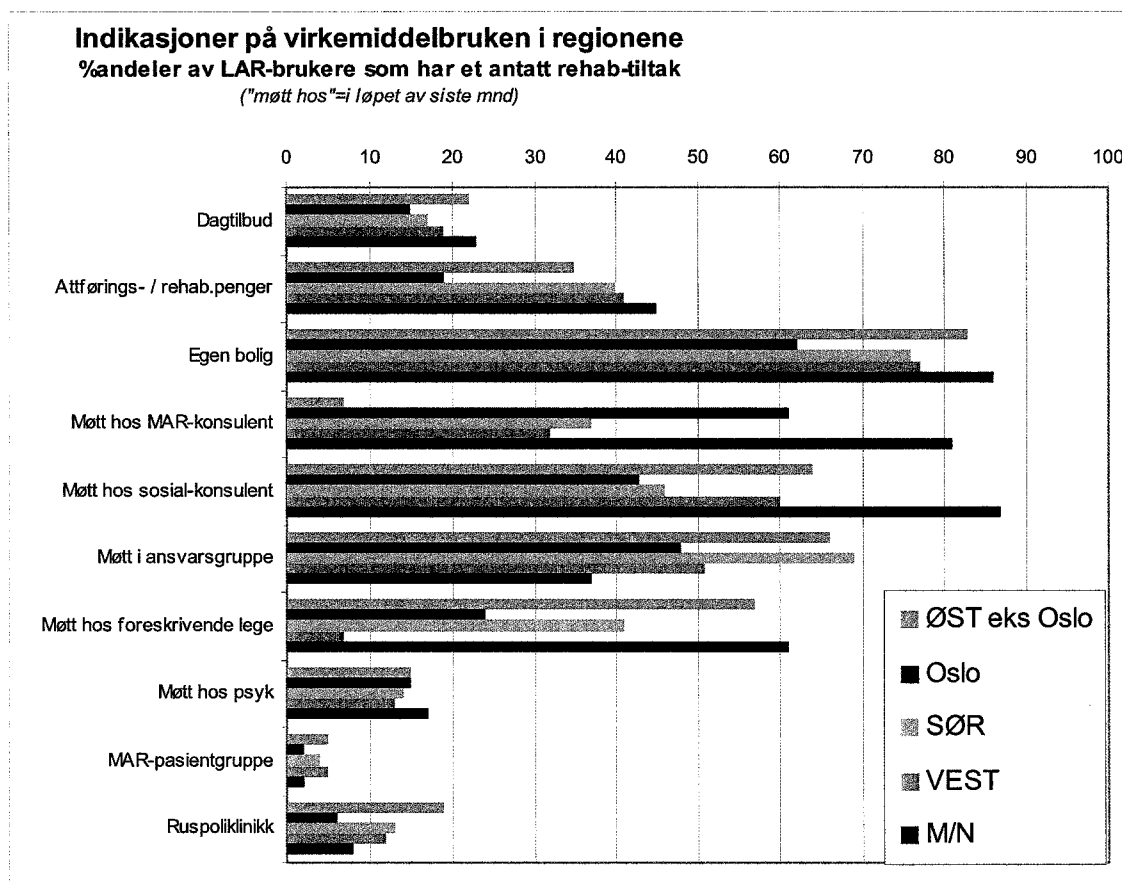
Mens senterlege/forskrivende lege, som regel ikke deltar i ansvarsgruppen, er det svært ulike erfaringer med fastlegens/forskrivende leges engasjement i ansvarsgruppen; flere mener at legen ikke tar seg tid til denne delen av LAR-arbeidet, andre kan være strålende fornøyd med legens innsats, både i forhold til det medisinske og det sosiale.

Brukerne opplever stort sett ansvarsgruppen som positiv og hjelpsom. En del brukere gir uttrykk for at de i større grad må ordne ting selv, enn de hadde forventet, og at ansvarsgruppemedlemmer ikke alltid får ordnet avtalte oppgaver fra møte til møte. Noen brukere opplever at fravær blant ansvarsgruppemedlemmene gjør at møtene blir preget av gjentakelser og at for mye av tiden går med til å oppdatere alle. Intervjuede brukere i M/N uttrykker tilfredshet med hvordan ansvarsgruppen fungerer.

Bruken av andre virkemidler i rehabiliteringsprosessen

Figur 14 nedenfor er basert på data fra Statusundersøkelsen (UiO 2003) for variable som kan *indikere* virkemiddelbruken eller rehabiliteringsinnsatsen. De tre første variablene *Dagtilbud*, *Attførings-/rehabiliteringspenger* og *Egen bolig* dreier seg om i hvilken grad brukerne *har* et tiltak/tilbud, de øvrige variablene dreier seg om i hvilken grad brukerne *har møtt til oppfølging/behandling i løpet av de siste 4 ukene*. Vær klar over at variable som for eksempel *Egen bolig* like gjerne kan indikere brukers habilitetsnivå, som den innsatsen som rettes mot vedkommende. Det må også tas forbehold knyttet til at variable for oppfølging/behandling ikke er gjensidig utelukkende; dvs vi vet ikke i hvilken grad en og samme klient bruker mange eller ingen tilbud..

Det er betydelige forskjeller mellom regionene i bruken av følgende virkemidler; dagtilbud, opplegg for attføring og yrkesrettet rehabilitering, botilbud i form av egen bolig (med evt nødvendig oppfølging), ansvarsgruppemøter og ulike former for behandling-/oppfølging av sosial- og helsefaglig personale. Figuren indikerer at LAR-brukere i Oslo i minst grad, og i M/N i størst grad, er involvert i, eller omfattes av ulike typer tilbud med sikte på utvikling eller rehabilitering. Til forskjell fra de øvrige regionen scorer brukere i M/N og i Oslo høyt på *kontakt med LAR-konsulent*, som er særegne, men innbyrdes nokså forskjellige tilbud til brukere i disse to områdene.



Figur 14. Prosentandel brukere som antas å ha ulike typer rehabiliteringstilbud.

Figuren forteller mest om det man kan kalle oppfølging. *Tett oppfølging* tillegges ofte stor betydning for vellykket LAR-behandling. Det vil oftest være sosial- eller ruskonsulent i kommunen som fungerer som brukerens primærkontakt og oppfølgingsansvarlig, men vi ser at innslaget av andre bidragsyttere er omfattende. For eksempel har over halvparten av brukerne i ØST utenfor Oslo, og i M/N møtt forskrivende lege siste måned.

M/N har faste prosedyrer og krav (knyttet til ulike faser av behandlingen) for brukers kontakt med den hjemlige sosialtjeneste og lege, samt med senterkonsulent – enten i møte eller per telefon (for brukere som bor mer enn 10 mil fra Trondheim).

I Oslo er det for flertallet av brukerne LAR-konsulent (i senter) som ivaretar den løpende oppfølgingen. LAR-senteret i Oslo har i liten grad autoritative beskrivelser (for eksempel metodehåndbok, enhetlige avtaler om arbeidsdeling senter /bydel etc) av hva denne delen av tilbudet fra senter til bruker går ut på. Informanter i senter legger vekt på betydningen av at bruker "*blir sett hver dag*". De brukerne vi har intervjuet rapporterer om svært forskjellige kontaktmønstre med konsulent i senter; f eks "*vi ser hverandre hver dag*", "*fast møte en gang per uke*" eller "*veldig sjelden kontakt*". Noen brukere forteller at kontakten med senterkonsulent er opp til dem selv etter behov. Intervjuene tyder på at "oppfølgingstilbudet fra senter" kan være noe tilfeldig og avhengig av hvem man får som kontaktperson, hvor tilgjengelig vedkommende er, hvorvidt det benyttes vikarer ved fravær etc. Resultatet er at enkelte brukere kan ha hatt en tett og mangeårig relasjon til sin senterkonsulent, mens andre ikke har hatt noe tilsvarende.

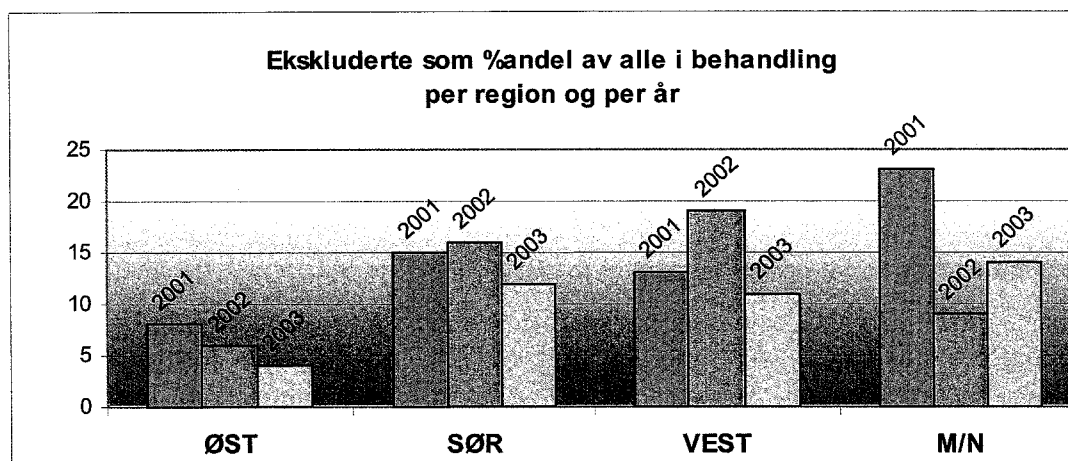
En forutsetning for "tett oppfølging" i senterets regi i Oslo, er medikamentutdelingen som forutsetter at bruker møter i senter daglig eller flere ganger per uke. Medikamentutlevering i senter er grunnlaget for såkalt "*tett oppfølging*", men samtidig kan det ha uheldige konsekvenser. Informanter både i senter, i sosialtjeneste og blant brukere peker på miljøproblemer i sentrene som følge av ansamlingen av LAR-brukere generelt, av at miljøet ofte preges av de med beskjeden utvikling og betydelig sidemisbruk, noe som kan fungere uheldig for nye brukere og for brukere med rehabiliteringsambisjoner.

Rus

Virkemidler rettet mot rus dreier seg delvis om

- kontakt og oppfølging, samtale individuelt og i gruppe - slik det er omtalt over
- forhold knyttet til krav, kontroll, konsekvenser av sidemisbruk - omtalt i 5.1

Rusing er antakelig direkte eller indirekte (adferd som følge av rusing) årsak til storparten av eksklusjonene fra LAR. Figur 15 illustrerer utviklingen av eksklusjonspraksis de siste årene, samt situasjonen i regionene.



Figur 15. Prosentandel ekskluderte brukere.

Innad i hver av regionene ØST, VEST og M/N er det ikke store variasjoner, derimot finner vi til dels betydelige forskjeller mellom fylkessentrene i region SØR, hvor Buskerud i perioden 2001-2003 skrev ut hhv ca 35, 20 og 30% av brukerne, mens utskrivningsrater for de øvrige SØR-fylkene ligger på 5-20%. Region M/N er "kjent" for å skille seg ut med streng utskrivningspraksis. Det bildet som figur 15 viser, er imidlertid at det er ØST som er *mest forskjellig* fra de øvrige regionene med sine lave eksklusjonsrater. Buskerud har forøvrig "strengere" utskrivningspraksis enn M/N. Nærmere om situasjonen i den enkelte region:

I ØST skal det mye til for å bli skrevet ut av LAR. Det reageres kontant på vold og trusler mot LAR-personale, mens sidemisbruk (av opiater, benzodiazepiner mm) primært sanksjoneres med innskjerpet henteordning. Brukere som ruser mye kan få tilbud om avrusningsopphold. Ekstrem mangel på oppfølging fra brukers side, som for eksempel at metadon ikke hentes, kan også føre til utskrivning. Bortsett fra for brukere i Oslo som er forankret i senter, er det den enkelte ansvarsgruppe som evt tar opp spørsmålet om utskrivning, og legger det fram for senteret som fatter beslutning.

Senter/MAR-Øst er opptatt av at rusing må vurderes individuelt og i forhold den enkeltes nytte av å være i LAR. I omgivelsene kan utslag av slike individuelle vurderinger antakelig lett oppfattes som policyendringer. For eksempel er det nå en utbredt oppfatning blant brukere i Oslo og LAR-involverte i bydelene, at kravene i forhold til "sidemisbruk" er ytterligere liberalisert ved at "*hasj er lov*".

I SØR står hvert av fylkessentrene for utskrivning og reinntak i sitt distrikt, i motsetning til inntak, som skjer regionalt. Utskrivning og reinntak kan da i større grad baseres på kjennskap til bruker og individuelle vurderinger. Buskerud har bevisst valgt streng utskrivningspraksis, og har gode erfaringer med det, og med reinkludering. De øvrige fylkessentrene i SØR har også noe ulike eksklusjonsprofiler, knyttet til i hvor stor grad det legges vekt på skadereduksjon vs rehabiliteringskrav.

I VEST er situasjonen som følger: *Bergensklinikkene* kan skrive ut brukere dersom de ikke nyttiggjør seg tilbudet, ikke møter til medisindeling tre ganger på rad, faller ut av skolen, kastes ut av boligen pga rusmisbruk, begår rusrelaterte kriminelle handlinger, eller har stadige tilbakefall til rusmisbruk. Ved manglende oppmøte til medisiner, kan bruker komme tilbake med ren urinprøve innen en uke. *LAR Rogaland* har skjerp utskrivningspraksis og flere er skrevet ut pga sidemisbruk eller trusler siden vinter 2003.

Bruk av cannabis og benzodiaspiner var et betydelig problem blant brukerne, og samtaler, løfter og nye forsøk hjalp ikke, slik at senteret vurderte det som hensiktsløst å forsøke fortsatt rehabilitering. Det er nå slått fast at LAR-brukere ikke skal bruke andre stoffer enn det som er forskrevet. Ved sidemisbruk får bruker to uker på å levere ren urinprøve. Lykkes ikke det, skrives hun/han ut. Innskjerpningen vakte atskillig motbør blant både brukere og samarbeidspartnere, men har ifølge senteret ført til betraktelig bedring og er nå akseptert. Brukere som ønsker å være "rene" har klarere rammer å forholde seg til, noe som bl.a. gjør at de kan ta avstand fra rusede og selgere som tidligere samlet seg rundt hentestedene.

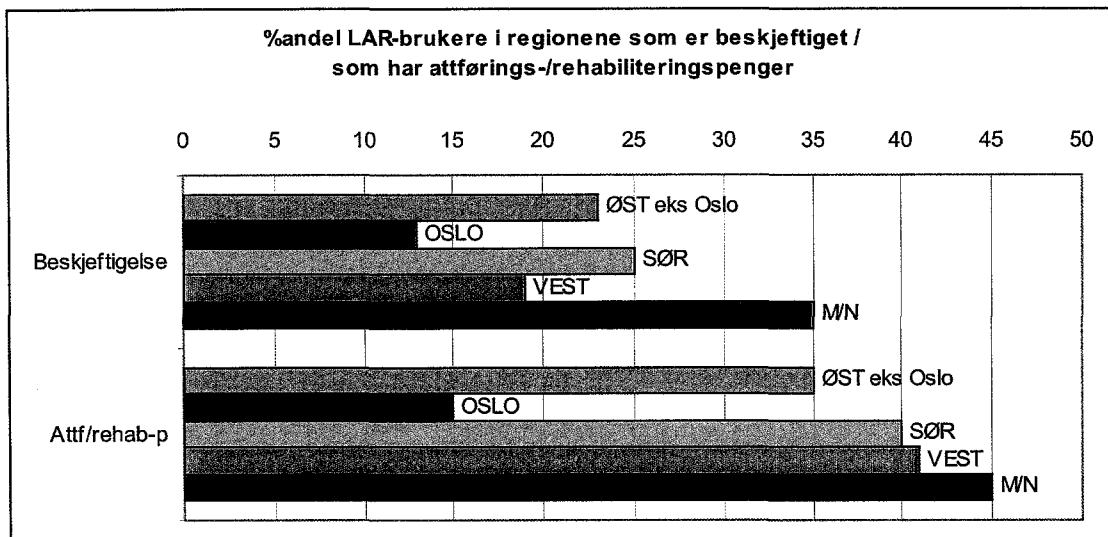
M/N har utskrivningspraksis basert på en forutsetning om at LAR dreier seg om å utforske et liv uten rus. Rusepisoder og bruk av ikke forskrevne medikamenter, tas konsekvent opp med bruker, og skal i prinsippet føre til utskrivning. Blant brukerne er det en klar oppfatning at MARIT er for strenge med å tillate at det skrives ut beroligende midler eller antidepressiva. MARIT mener at brukerne i for stor grad vil ty til medikamenter for å løse psykiske problemer, og dermed ikke oppnå den mestringskraft som er nødvendig for å møte dagliglivets problemer. Brukerne reagerer også på at de utsettes for strengere krav enn det som er tilfelle for LAR-brukere ellers i landet.

Spørsmålet om i hvilken grad sidemisbruk skal føre til utskrivning er generelt et stort dilemma for de fleste informanter, både blant brukere og utførere: På den ene siden ser de at så godt som alle LAR-brukere får det i hvert fall litt bedre (slutter å injisere, mindre kaos, bedre økonomi fordi de slipper å bruke like mye penger på stoff), og de oppfatter det ikke som noen adekvat løsning å skrive ut de med store rusmestringsproblemer. Samtidig fører liberal praksis for noen brukere, til at det er vanskelig å stille krav til andre. Svært mange av de vi har intervjuet peker på at "skadereduksjonsmål" for noen, gjør at motivasjonen for rusmestring og rehabilitering svekkes både hos andre brukere og behandlere. LARs omdømme i omgivelsene svekkes også, noe som har konsekvenser for LAR-brukeres tilgjengelighet til arbeid, bolig og annet.

Arbeid, utdanning og/eller rehabiliteringstiltak

Figur 16 nedenfor viser i hvilken grad LAR-brukere er i arbeid (heltid og deltid) eller/og under utdanning, eller/og har en form for beskjeftigelse som kvalifiserer for attføring eller rehabiliteringspenger. Beskjeftigelsesgraden varierer betydelig, med M/N og Oslo og VEST som ytterpunkter.

Mellom 35-45% av LAR-brukerne (ekskl Oslo) har en form for tilbud som kvalifiserer for rehabiliteringspenger eller attføring, mens tilsvarende tall for Oslo er ca 15%.



Figur 16. Prosentandel brukere i beskjeftigelse eller under attføring.

Det er ikke grunn til å anta at mulighetene for sysselsetting etc er svært forskjellige regionene imellom, imidlertid indikerer vårt intervjumateriale at kommunene har ulike muligheter på vegne av LAR-brukerne, avhengig av om det finnes kommunale arbeids- og sysselsettingstiltak eller ikke. Dessuten er det generelt vanskelig for LAR-brukere å få innpass i arbeidslivet, til tross for at for eksempel Aetat finansierer stilling eller plass. Aetats krav om 6 mnd rusfrihet før inntak i arbeidstreningsprosjekt gjør det vanskelig å komme ut av lediggang og øker risikoen for å sprekke. Det ser ut til at det er mange flere brukere som ønsker arbeid, enn det er arbeidsgivere som vil ta dem inn. Brukere som er i vanlig jobb opplever at det er problematisk å fortelle at de er i LAR, fordi dette i seg selv utløser skepsis hos kollegaer. Noen av de brukerne vi har intervjuet opplever at det å ha kommet inn i en form for arbeide, er den viktigste faktoren for endret livsførsel og økt trivsel. Men noen forteller også at de har problemer med å finne seg til rette i sysselsettings- eller arbeidstreningstiltak rettet mot mennesker som er yrkesvalg-hemmet;

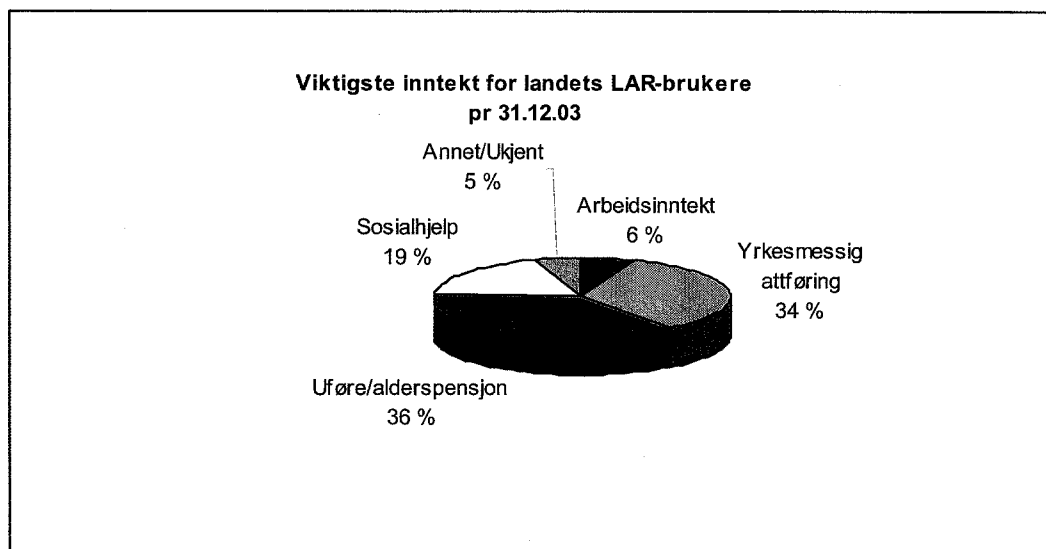
"Verna bedrift er en skikkelig nedtur når du endelig er kommet inn i MAR".

Det å ha arbeid, kollegaer og arbeidstid vektlegges av mange behandlere som den optimale måten å skaffe seg det som mange LAR-brukere trenger - nemlig "meningsfylt aktivitet" og "sosialt nettverk utenfor rusmiljøet". Intervjumaterialet vårt kan tyde på at region M/N i særlig grad vektlegger dette i sin rehabiliteringstilnærming.

Økonomi, inntekt

Tiltakene her dreier seg om å kartlegge økonomisk situasjon, få oversikt over gjeld og inntektsmuligheter, og finne måter å håndtere dette på gjennom samtaler og rådgivning.

Figur 17 viser situasjonen på landsbasis, men det er stor variasjon mellom og innad i regionene, for eksempel har nesten 1/2parten av Oslos LAR-brukere uføretrygd.



Figur 17. Viktigste inntektskilder for LAR-brukerne.

LAR innebærer for mange rusmisbrukere at de går fra sosialhjelp til attførings- og rehabiliteringspenger. I Oslo synes det å være et viktig prinsipp å sørge for at LAR-brukere får de trygdeytelsene de har krav på. LAR gjør det mulig å gjennomføre en søknadsprosess i samarbeid med bruker, og en stor andel søker og får innvilget uføretrygd. For en kommune innebærer LAR ofte at brukere som tidligere var sosialhjelpsmottakere og dermed belastet det kommunale budsjettet, i stedet blir mottakere av trygdeytelser og lignende ordninger finansiert over statsbudsjettet. Kommunen vil dermed ha en økonomisk egeninteresse i å få LAR-brukere over på attførings/rehabiliteringspenger eller uføretrygd.

Mange av LAR-brukerne som lever på attførings- og rehabiliteringsmidler, forteller at de har dårlig økonomi og at dette er et problem generelt, og en ekstra utfordring mht å "bli rehabilitert". De kan ha dårligere råd enn da de levde av kriminalitet og prostitusjon. Det at de er fattige, i tillegg til å være rusmisbrukere/i LAR, bidrar til ytterligere marginalisering. Det ser ut til at sosialtjenestens vurdering av hva som er "nødvendig livsopphold" varierer mellom bydeler/kommuner, og at muligheten til å få dekket særskilte kostnader (for eksempel egenandel til tannbehandling) blir forskjellig.

Bolig

Bolig og bosituasjon oppfattes generelt som et helt sentralt rehabiliteringsområde blant de utøverne vi har intervjuet. Det å "klare å bo" ansees som grunnleggende for en videre utviklingsprosess, og er en viktig målsetting i seg selv.

Mulighetene for å skaffe egnede boliger til LAR-brukere varierer mye mellom kommunene: I noen kommuner er bolig klart mangelvare og en av grunnene til at det er ventetid for å komme i gang med LAR, i andre kommuner er bolig til LAR-brukere ikke noe problem. Ofte er tilgangen knyttet til hvorvidt kommune/bydel disponerer kommunale boliger eller ikke. Kommunens mulighet for å drive oppfølging knyttet til boligen, er ofte utslagsgivende for hvorvidt LAR-brukere kan bo i "egen bolig". Det ser ut til å være et udekket behov for "vernede boliger", dvs med tett tilsyn og oppfølging, samt "vern" mot rusmiljø og rusing. Noen kommuner har på trappene egne prosjekter for å etablere slike botilbud for de LAR-brukerne som trenger det.

Ca 8 av 10 LAR-brukere utenfor Oslo har egen bolig, mens tallet for Oslo er ca 6 av 10. Ca 25% av Oslo-brukerne bor på hybelhus, hospits eller institusjon. Dette skyldes

antakelig ulikheter i bolig- og institusjonstilbudet; til en viss grad har Oslo det tilbudet av "vernede" boliger til sine LAR-brukere, som en del kommuner sier de mangler. Men det kan også være uttrykk for ulikhet mellom Oslo og øvrige regioner når det gjelder rehabiliteringsmål og innsats. For eksempel har Oslo ca 320 plasser i døgnbemannede rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner for rusmisbrukere. Andelen LAR-brukere blant beboerne har økt i løpet av de siste årene. Mange av institusjonene er rusbelastet, noen få er såkalt "rusfrie". Graden av vern mot rusing og rusmiljø er derfor varierende. Et par institusjoner i Oslo med uttalte krav til rusfrihet og med LAR-brukere som målgruppe, sliter med for liten etterspørsel og dårlig kapasitetsutnyttelse.

Helse

Det kan synes som om forutsetningene om utredning somatisk og psykisk av LAR-søkere og -brukere ikke etterleves godt nok. Bl.a. er det grunn til å stille spørsmål ved den pålagte helseundersøkelsen som lege skal utføre i forbindelse med innsøknning, da undersøkelsesresultater ofte mangler i skjemaet som skal følge søknaden.

Det er en generell oppfatning at LAR-brukere ofte får psykiske problemer som angst og depresjon med mer i løpet av behandlingen, eller at alvorlig psykisk helsesvikt blir tydelig og problematisk. Adekvat oppfølging i form av utredning og behandling ser ut til å være mangelfull. Vanskelig tilgjengelighet til psykiatriske tjenester oppgis som årsak til dette. Vårt inntrykk er at det særlig er institusjonspsykiatrien som fungerer ekskluderende i forhold til rusmisbrukere og LAR-klienter, mens det polikliniske tilbudet og behovsdekningen ser ut til å variere betydelig. Poliklinikkene (rus, psykiatri, sosialmedisin) er ofte viktige aktører i LAR-apparatet (gjelder særlig ØST, utenfor Oslo), noe som kan bidra til å lette tilgangen. Hva LAR-brukere får av bistand fra psykiatrien, er nok for en stor del bostedsavhengig. Dessuten mener mange av våre informanter i 1.linjen at det er betenkelig at psykiatrien i så stor grad kan definere sin egen målgruppe og "velge bort" pasienter som ikke passer inn.

En indikasjon på at brukers helsesituasjon ikke vektlegges i tilstrekkelig grad i forbindelse med LAR-prosessen, og evt at utredning ikke skjer systematisk og som forutsatt, kan være høye frekvenser av "ukjent"-svar på helserelaterte spørsmål i Statusundersøkelsen (UiO 2003). Dette gjelder særlig materialet fra VEST og OSLO, noe som indikerer at LAR-brukerens helsesituasjon ikke er kjent, enten generelt eller av oppfølgingsansvarlig. Siden utredning av helsesituasjon gjerne framstilles som en "senteroppgave", er det interessant at det primært er for LAR-brukere i Oslo og i VEST, at helserelaterte forhold er "ukjent". MAR-Øst i Oslo opplyser at helseutredning nå er en oppgave som senter vektlegger mer enn før, men at systematikken i oppgaveutførelsen ennå kan forbedres.

Somatisk oppfølging vil også variere med hvor god jobb brukerens fastlege (ofte er det forskrivende LAR-lege) gjør. Noen fastleger gjør en grundig og helhetlig jobb for LAR-brukeren, andre begrenser innsatsen til metadonforskrivningen.

LAR-brukere har ofte elendig tannstatus. En påfallende stor andel av de vi var i kontakt med, hadde manglende tenner som eneste eller tydeligste signal om mangeårig rus-tilværelse. I vårt samfunn fungerer rusmisbrukeres generelt elendige tannstatus som et *stigma*, og gir dermed et dårlig utgangspunkt for *normalisering og sosial integrasjon*. Mange LAR-brukere har mål om og får gjennomført omfattende tannreparasjoner. Men det å få dekket kostnadene til tannbehandling er vanskelig, bl.a. pga en omstendelig utrednings- og søknadsprosess og høye egenandeler.

Hverdagsaktiviteter og nettverk

Ensomhet, isolasjon og lite å ta seg til er et av de mest utbredte problemene for folk i LAR. De har ofte svære utfordringer med å finne erstatninger for nettverk og aktiviteter knyttet til rustilværelsen. Hverdagsaktiviteter og tiltak for å etablere og reparere sosiale nettverk er mangelvare i de fleste kommunene, ifølge intervjuene. På spørsmål til informanter i kommuner og bydeler om hva de evt ville bruke mer ressurser på i rehabiliteringsarbeidet, er det vanligste svaret at det trengs mer ressurser til *bistand og oppfølging i hverdagsaktiviteter*. Mange brukere ville ha nytte av støtte/følge for å "gjøre og lære vanlige ting"; gå i svømmehallen og på kino, handle og lage mat, ta bussen og ta en joggetur, kle seg og te seg mindre avvikende. Det er ikke primært høyspesialiserte hjelpere som etterlyses i kommunene, men f.eks. vernepleiere, miljøarbeidere og støttekontakter som kan gjøre "det vanlige livet" litt mer tilgjengelig.

Flere kommuner i vårt utvalg har igangsatt tiltak rettet mot de mest vanskeligstilte LAR-brukerne, under fellesnevneren "hverdagsaktiviteter". En del av prosjektene er finansiert med statlig tilskudd. Denne typen tiltak oppfattes som viktige og vellykkede, og er sammen med miljøarbeidere til booppfølging og sosial trening, det LAR-aktører i kommuner og bydeler ønsker seg mer av.

En del kommuner og bydeler i region ØST representerer kanskje et unntak mht i hvilken grad *egne tilbud for LAR-brukere*, som for eksempel værested, samtalegruppe, ettervernsgruppe, metadonklubb, datakurs etc. har vært vellykket. (Vi vet ikke om forklaringen på evt ulikheter i oppslutning om tilbud til LAR-brukere i hhv ØST og andre regioner, skyldes egenskaper ved brukerne eller egenskaper ved tilbudene). Til tross for at LAR-brukere eksplisitt ønsker seg disse tilbudene, viser det seg at det er vanskelig å få oppslutning om dem og få dem til å fungere. Flere lokale LAR-aktører i ØST har erfart at man undervurderte interesseforskjeller og –motsetninger i sin lokale gruppe av LAR-brukere; *"Noen er i jobb og på vei bort fra rustilværelsen, andre vil bare snakke om metadonen sin"*. Både representanter for de som jobber med LAR lokalt, og for brukerne, understreker hvor viktig og nødvendig det er for mange nettopp å etablere avstand til andre rusmisbrukere for å komme seg videre.

Imidlertid ser vi også, særlig i Oslo, mange eksempler på at LAR-brukere fortsetter å oppsøke og benytte seg av de samme rusbelastede værestedene som før de begynte i LAR - gjerne til tross for at de selv er sluttet å ruse seg. Dette begrunner de slik:

"Det er her jeg kjenner noen!"

"Her kan jeg føle meg trygg."

"Her skiller vi oss ikke ut."

5.3 Oppsummering og drøfting

5.3.1 Prosessen

Kommunene har etter hvert utviklet kompetanse og prosedyrer for innsøking til LAR. Siden det i stor grad er opp til sosialtjenesten/den enkelte kommune hvordan søkeprosessen skal gjennomføres, er det tilfeller av lokale praksiser og såkalte "skjulte ventelister", som gjør at *det er bostedsavhengig hvilke muligheter opiatmisbrukere* har mht å få fremmet søknad om LAR overhodet, og hvor lang tid det tar før søknad fremmes.

Ventetiden fra *innsøking til inntak/oppstart* i LAR antas å være 1-4 mnd., bortsett fra i region M/N og i Oslo, hvor ventetiden fra innvilget søknad til oppstart er på hhv ca 2 år og ca 1 år.⁵⁹ *Lang ventetid er et problem* fordi det bidrar til

- at kandidater til LAR ikke fremmer søknad, med resultat at
 - rustilværelsen forlenges for mange potensielle LAR-brukere
 - behovet for LAR ikke registreres eller dokumenteres
- at selve søkeprosessen og søknadsarbeidet blir vanskelig og delvis irrelevant

Vi mener at de formelle kravene til søknadens innhold forutsetter at perioden fra innsøking til inntak er rimelig kort – max 6 mnd. Det er en klar *mangel på rettidighet i prosessen* når sosialtjeneste og søker skal utarbeide tiltaksplan med ambisiøse målsettinger og konkrete beskrivelser av behandlingsopplegget 1-2 år før inntak. Det er også et uttrykk for manglende rettidighet når/hvis dette arbeidet primært foregår i en fase hvor bruker er i aktiv rus, dvs før han er opptrappet på metadon/buprenorfin. I slike tilfeller er det særlig viktig at tiltaksplanen oppdateres og justeres når bruker kommer i gang med LAR, noe som ikke ser ut til å være generell praksis.

I Oslo er kravene til sosialtjenestens arbeid med tiltaksplan og opplegg for den enkelte bruker i forbindelse med innsøking til LAR, uhensiktsmessige i forhold til hva som ofte er den faktiske arbeidsdelingen mellom bydel og senter i rehabiliteringsprosessen.

Tiltaksplanen synes å fungere mer som inngangsbillett til LAR, enn som en rettesnor eller garanti for gjennomføringen av LAR. Det stilles nemlig gjennomgående strengere krav til det enkelte LAR-opplegg i søkefasen, enn i gjennomføringsfasen: Avhengig av organiseringen av LAR-systemet i den enkelte region, og hvordan det enkelte LAR-senter arbeider, er det rom for betydelige avvik i gjennomføringen av LAR, sammenlignet med den normen som legges til grunn i søkefasen. Høye ambisjoner i forbindelse med innsøkningen og manglende oppfølging i forbindelse med gjennomføringen, antas å virke "demoraliserende" på brukere og andre involverte.

LAR-brukere er svært forskjellige mht utgangspunkt og rehabiliteringspotensiale. Som en følge av dette vil LAR-prosessen kunne ha ulike forløp, både mht varighet, innsats/virkemiddelbruk og utfall. Prosessen og virkemiddelbruken kan derfor i liten grad standardiseres. Vi mener imidlertid at det *både er mulig og ønskelig med noe større grad av konkretisering og dokumentasjon av prosessen og dens ulike faser*, enn hva som har vært tilfelle. Problemstillingen er særlig aktuell i distrikter hvor LAR-senter er direkte involvert i brukerrettet arbeid (pasient- eller klientbehandlingen), dvs. i Oslo, delvis i VEST og i M/N, fordi det er naturlig å knytte spørsmålet om oppgave- og arbeidsdeling mellom 1. og 2. linje til fasingen og gjennomføringen av LAR-prosessen. (se kap 6 Organisering). Det er MARIT i region M/N som i størst grad legger til grunn en systematikk hvor hhv senter og kommune har ulike oppgaver og en bestemt arbeidsdeling i ulike faser av prosessen. Innenfor dagens ressursramme for senteret, er imidlertid senterets involvering kommet til å representere en flaskehals og gir en lang kø av brukere som ikke kommer i gang. Arbeidsdelingen mellom senter og bydel i Oslo, og fasingen av den, synes ikke å være hensiktsmessig verken mht tilgjengelighet til eller gjennomføringen av LAR for brukere i Oslo. Det er behov for avklaring og dokumentasjon av hva sentertilbudet til brukere i Oslo er og skal være, samt en styrket innsats for å etablere og utvikle et helhetlig og sammenhengende tilbud for byens LAR-brukere.

⁵⁹ Ventetiden i region VEST har vi ikke sikre opplysninger om.

Etter hvert som stadig flere LAR-brukere ikke lenger er i en aktiv behandlings- eller rehabiliteringssituasjon, bortsett fra at de medikamenteres med metadon eller buprenorfin, bør fasen for "vedlikeholdsbehandling og oppfølging" vies mer oppmerksomhet, både mht innhold, organisering og involverte aktører.

I perioden siden etableringen av MAR som landsdekkende tilbud, har det naturlig nok vært begrenset oppmerksomhet på spørsmål om frivillig nedtrapping og opphør av substitusjonsmedikamentering for de som ønsker det. Brukerintervjuene viser at problemstillingen etter hvert bør fokuseres, både når det gjelder informasjon til LAR-brukere, samt dokumentasjon som kan belyse problemstillingen på bred basis.

LAR-prosessen er bare delvis *tilpasset individuelle forutsetninger* når inntakskravene er høye, og gjennomføringskravene er lave. Prosessen er imidlertid godt tilpasset individuelle forutsetninger, siden selve rehabiliteringsfasen er diffust beskrevet og avgrenset, og dermed åpner for mange alternative forløp.

Etablering og gjennomføring av LAR som et landsdekkende tilbud, har tatt mange ulike former, bl.a. som følge av at sentrene arbeider forskjellig. Lokalt gjennomføres LAR i og av den eksisterende sosial- og helsetjenesten og apotekene, som ofte i betydelig grad har tilpasset seg i forhold til et nytt tilbud og nye arbeidsmåter.

5.3.2 Virkemiddelbruken

Medikamentering

Sammenlignet med hva som er tilfelle for rehabilitering, er det god dokumentasjon og klare metoderegler for medikamentering. Imidlertid er det store variasjoner mellom, og delvis innad i regionene mht

- avrusnings- og opptrappingspraksis
- medikamentvalg (metadon eller buprenorfin) og dosering
- forskrivning av benzodiazepiner og andre psykofarmaka i kombinasjon med metadon/buprenorfin.

Vi har verken mulighet eller kompetanse til å foreta grundige vurderinger av medikamenteringspraksiser mht. avvik fra aksepterte standarder og mht effekt og kostnad. Vi konstaterer imidlertid at i den grad medikamenteringen er i henhold til aksepterte standarder, så gir i hvert fall disse rom for betydelig variasjon. På regionalt nivå er det særlig VEST som skiller seg ut, både ved at buprenorfin i så stor grad er det foretrukne medikamentet, og ved gjennomgående lav dosering på både metadon og buprenorfin. På gjennomsnittlig dosering ligger region M/N markant høyere enn de øvrige regionene. Vi konstaterer at det er interessante regionale samvariasjoner på flere variable knyttet til medikamentering, og til utfall (Kap 4 Effekter), men at det er behov for supplerende data og grundige analyser for å dokumentere eventuelle ulike effekter av ulike behandlingsmåter.

Siden det er til dels systematiske variasjoner når det gjelder medikamentering mellom sentre/regioner, mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved om medikamentvalg og dosering gjennomgående er bestemt utfra kunnskapsbaserte og kliniske vurderinger av hva som er optimalt for den enkelte bruker /pasient, eller om medikamenteringsvalgene i for stor grad er basert på lokale kulturelle eller ideologiske forhold hos behandlere, og eventuelt brukere.

Vi oppfatter at det er minimum 3 parametre som må ligge til grunn for medikamentvalg og dosering

- effekt (jf substitusjon, retensjon)
- brukers planer om framtidig nedtrapping/oppheør av substitusjonsmedikamentering
- medikamentkostnad.

Ut fra en antakelse om at alle løsninger innenfor hele variasjonsbredden av dagens medikamenteringspraksiser, ikke kan være like gode, eller gode nok, anbefaler vi at det gjennomføres en grundig vurdering av de ulike medikamenteringspraksisene, med sikte på å definere, dokumentere og implementere en mer avgrenset "best practice".

Når det gjelder avrusning/avgiftning og opptrapping på substitusjonsmedikament er det grunn til å anta at økende bruk av polikliniske tilbud, mer er et resultat av mangel på institusjonsplasser, enn hva fagmiljøene selv oppfatter som optimalt.

De ulike regionale og distriktvise kravene og praksisene i forhold til "sidemisbruk/sidebruk" (av rusmidler og psykofarmaka), og konsekvenser av dette, for eksempel eksklusjon fra LAR, er ikke i tråd med kravet om lik rett til helsehjelp og sosiale tjenester. Både problemstillinger vedr rusmidler og vedr psykofarmaka for LAR-brukere må i større grad knyttes til objektive og omforente kriterier, og legges til grunn et prinsipielt skille mellom "rusing" og "bruk av psykofarmaka som medikament" - basert på indikasjoner som er i tråd med det man søker å oppnå med LAR.

Urinprøvekontrollene har primært et *klinisk* siktemål, dvs de anvendes i forhold til oppfølgingen av den enkelte bruker. Imidlertid gir de akkumulerte resultatene indikasjoner om regional *virkemiddelbruk*, direkte og indirekte - og gir grunn til å spørre om

- *kontroll og oppfølging* av LAR-brukere i Oslo er god nok i henhold til mål og retningslinjer
- *substitusjonsmedikamentering* i VEST gis på riktige indikasjoner (opiat-avhengighet), og om medikamentvalg og dosering er optimal for brukerne
- om resultatene (lite sidemisbruk) i M/N er en følge av god *rehabiliteringsinnsats*, høye *medikamentdoser* og/eller streng *eksklusjonspraksis*

Rehabilitering

Innholdet i selve rehabiliteringen er knapt beskrevet fra sentralt hold, og er i liten grad basert på dokumentasjon, metodebeskrivelser eller eksplisitte arbeidsmodeller. Vi oppfatter at kommuner og bydeler setter inn de virkemidlene de ville, eller burde ha brukt i enhver sammensatt rehabiliteringssak.

Vi finner at den såkalt "psykososiale" og/eller "sosialfaglige" innsatsen som forutsettes kombinert med medikamenteringen, i utgangspunktet dreier seg om individ- og grupperettet arbeid etter vanlige faglige standarder. Som nevnt under pkt 5.1 og 5.2 er det vanskelig å finne ut av om *den sosialfaglige eller psykososiale individrettede innsatsen* som sentrene evt står for, er *innholdsmessig forskjellig* fra denne typen innsats gitt fra sosialtjenesten eller andre. Eller dreier evt forskjeller seg om *mengden* av innsats som gis fra de ulike partene, eller om ulike faser av behandlingen, dvs *rekkefølgen av innsatsfaktorer*? Igjen er problemstillingen særlig aktuell for innsats fra hhv senter og bydel i Oslo, hvor problemstillingen om arbeidsdelingen mellom senter og 1.linje framstår som særlig uavklart. (se kap 6 Organisering) Noen av fagutøverne i sentrene legger vekt på at "tett oppfølging" og/eller "intens behandling" gir bedre resultater. Denne typen innsats eller virkemiddelbruk er imidlertid i liten grad konkretisert,

beskrevet eller dokumentert, verken av fagutøvere i dagens LAR-apparat, eller av forskningsmiljøer for øvrig. I vår kartlegging har vi nok registrert slik innsats, uten at den har vært relatert til uttalt systematikk i metode og metodevalg. Alt i alt har det ikke vært mulig for oss å identifisere vesentlige innholdsmessige ulikheter i den sosialfaglige eller psykososiale innsatsen fra hhv senter eller 1.linje.

Vi har forståelse for at fagmiljøene/sentrene ikke finner grunnlag for, eller ønsker å formulere bestemte LAR-arbeidsmåter eller enhetlige modeller for arbeidet - bl a som følge av behovet for individuelle og tverrfaglige tilnærminger. Imidlertid mener vi at man nå har så vidt langvarig og bred erfaring med LAR, at det burde være grunnlag for å avklare noen alternative tilnærminger, og foreta en viss grad av konkretisering mht tilbudets gjennomføring og innhold.

Rehabiliteringsinnsatsen og den faktiske oppfølgingen av brukerne varierer mellom og innad i kommunene. Det synes likevel å være klart at oppfølgingen av LAR-brukere er mer strukturert enn oppfølgingen av andre stoffmisbrukere. Dette skyldes at

- LAR-opplegget med tiltaksplan og ansvarsgruppe bidrar med en ramme og en viss grad av systematikk til arbeidet
- Medikamentbehandlingen gjør det mulig, på en annen og konstruktiv måte, å samarbeide med brukeren og mobilisere dennes ressurser.

Rehabiliteringsarbeidet følger til en viss grad en dynamisk modell hvor mål reformuleres og innsats endres med basis i evaluering/læring. Imidlertid blir forløpet ofte en nedadgående spiral, hvor ambisjoner og krav reduseres når de ikke innfris. Denne dynamikken ligger ofte til grunn for målforskyvningen fra "rehabilitering" til "skadereduksjon".

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt virkemiddelbruken er tilstrekkelig, mener de fleste informantene at den ikke er det mht rehabiliteringsinnsatsen for en del av brukerne. Det gjelder særlig de brukerne med begrenset rehabiliteringspotensiale og store utfordringer i forhold til det å bo, samt å ha meningsfulle aktiviteter og sosialt nettverk utenfor rusmiljø.

Vi mener at rehabiliteringsinnsatsen kan og bør styrkes gjennom:

- Bedre organisering og gjennomføring av viktige prosesser både lokalt og i sentrene (systematikk, prosedyrer, kompetanse). Dette vil kunne frigjøre ressurser til brukerrettet rehabiliteringsarbeid.
- Bedre integrering av LAR i eksisterende tjenestetilbud. Det vil styrke kompetansen og gi mer bredde mht virkemidler og arenaer for rehabilitering og utvikling.
- Økt ressurstilgang for å styrke det lokale LAR-arbeidet og styrke lokale aktører som arbeider med LAR.

Med sikte på å bedre indikasjonsgrunnlaget for LAR og eventuelt effektivisere arbeidet i forbindelse med innsøking, anbefaler vi at det tas i bruk kartleggings- og diagnostiseringsverktøy basert på ICD-10. Sentrene bør ta i bruk slike verktøy for egen del, og de bør sørge for å evt utvikle og implementere dette i sine distrikter.

Både når det gjelder virkemiddelbruk og en rekke andre forhold, finner vi store regionale variasjoner.

Det er 3 mulige årsaksforklaringer til slike ulikheter mellom distrikter; knyttet til hhv

- egenskaper ved brukerne (ruskarriere, problembelastning, helse)

- egenskaper ved miljøet (utfordringer og muligheter i forhold til rehabilitering)
- egenskaper ved rehabiliteringsarbeidet (ambisjon og innsats)

Det finnes ikke dokumentasjon som kan bekrefte eller avkrefte hvorvidt det er systematiske regionale ulikheter for eksempel mht LAR-brukernes problembelastning

6 ORGANISERING

6.1 Hvordan er LAR organisert?

Det overordnede ansvaret for LAR-behandlingen ligger til Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Fra etableringen i 01.01.02 og fram til 31.12.03 har forvaltningen av tilskuddene til LAR vært lagt til Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), mens Helse-tilsynet har det overordnede ansvaret for å ha tilsyn med medisinskfaglig og sosialfaglig arbeid. I 2004 har SHdir blitt bedt av Helsedepartementet om å ha en generell rådgivende funksjon når det gjelder medikamentell behandling av rusmiddelmissbrukere.

LAR er organisert som et samarbeid mellom et antall statlige regionale sentre og de enkelte kommunene i hvert senters område – dvs et samarbeid mellom "1. og 2. linje". Ansvarsfordelingen er sist presisert i rundskriv I-33/2001 og kan oppsummeres slik:

- Medisinsk bistand i forbindelse med LAR anses som "nødvendig helsehjelp" etter kommunehelsetjenesteloven, dvs at *kommunen* har ansvar for å sørge for dette. Sosialtjenesten og brukerens lege har ansvar for å utarbeide søknad om godkjenning av opplegg for klienten. Sosialtjenesten skal koordinere arbeidet med søknaden og legen skal foreta en medisinsk-faglig vurdering av klienten.
- *De statlige regionsentrene* er "spesialisthelsetjeneste" etter loven om dette og har ansvar for å godkjenne opplegget for den enkelte klient (inntaksmyndighet), samt eventuell utskrivning i henhold til reglene. Regionsentrenes oppgave er å sikre lik inntaks- og utskrivningspraksis og en omforent behandlingstilnærming. Sentrene har veiledningsansvar overfor kommunene og andre aktører. De skal dessuten følge opp særskilte tilfeller samt sikre og utvikle kompetanse på hele fagfeltet.
- *Sosialtjenesten* i kommunen har ansvar for å koordinere rehabiliteringsplanen for den enkelte klient.
- *Lokal lege* har ansvar for medisinsk-faglig oppfølging av rehabiliteringsopplegget når klienten er overført til lokal oppfølging. Lokal lege bør som hovedregel være klientens fastlege – dette er inngående omtalt og drøftet i rundskrivet.
- De aktørene som inngår i klientens rehabiliteringsopplegg skal ha et forpliktende samarbeid, organisert gjennom deltakelse i *ansvarsgrupper*.

Fra 01.01.2004 er de statlige regionsentrene overført til de regionale helseforetakene, slik at Helsedepartementet gjennom Eieravdelingen også kan styre sentrene gjennom instruksjer til helseforetakene.

6.2 Er senterstrukturen hensiktsmessig?

Dette kapittelet må ses i nær sammenheng med kapittel 5 om prosess og virkemidler og med kapittel 6.3 om organisering av arbeidet rundt brukerne. I kapittelet her fokuseres det først og fremst på strukturelle forhold ved LAR-sentrene og variasjoner i hvilke oppgaver de faktisk dekker.

LAR er definert som "tverrfaglig spesialisthelsetjeneste" etter spesialisthelsetjenesteloven og som "nødvendig helsehjelp" etter lov om kommunehelsetjenester. Etableringen av LAR-sentrene er dermed en spesiell konstruksjon som skal ivareta flere forhold:

Samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten, samarbeid mellom 1. og 2. linje, kontroll med LAR-tilbudet i regionen, samt kompetansebygging både i sentrene og lokalt.

Etableringen av sentrene må ses som et trekk for å etablere LAR som et landsomfattende tilbud. Av Stortingets behandling av grunnlaget for å etablere LAR utleder vi følgende mål/hensyn:

- At flest mulig i målgruppen får LAR så raskt som mulig når de er kvalifisert
- At kvaliteten i LAR-arbeidet er tilfredsstillende i alle ledd og trinn i prosessen
- At LAR etter hvert inngår som en del av det "normale" tilbudet i kommunene

De regionale LAR-sentrene kan ses på som faglige "ankerfester" for den tverrfaglige rehabiliteringsinnsatsen som LAR innebærer. En vesentlig del av LAR-arbeidet er forutsatt å skulle skje lokalt i den enkelte kommune, og senterstrukturens hensiktsmessighet må derfor vurderes i lys av arbeidsdelingen og samspillet mellom senter og den enkelte kommune i angjeldende region.

De regionale sentrenes ulike oppgaver vil vi oppsummere slik:

Faglig sikring i forhold til enkeltbrukere

- *Godkjenne inntak i LAR - for alle brukere.* Dette betyr både å sikre at bruker fyller inntakskravene, og at det medisinske og sosialfaglige opplegget rundt brukeren er i tråd med krav og forutsetninger.
- *Sikre forsvarlig opplegg for forskrivning, avrusning, opptrapping og behandling.* Opplegg og ansvar skal avklares som en del av grunnlaget for inntak. Selve arbeidet kan gjøres både i sentrene og lokalt.
- *Kvalitetssikring og kontroll under hele behandlingstiden.* Dette omfatter i prinsippet hele virkemiddelapparatet og alle faser av behandlingen, dvs både inntaks- og utskrivningspraksis, medikamentering og medisinsk oppfølging og sosial rehabiliteringsinnsats og oppfølgingen av denne.

Faglig sikring av lokale LAR-tilbud

- *Kompetansebygging og veiledning.* Sentrene skal være kompetansesentra i sine respektive regioner. I tillegg til å bygge opp og vedlikeholde sin egen kompetanse skal sentrene veilede både lokale leger, kommunenes sosial- og ruskonsulenter og evt andre LAR-aktører (som f eks apotekene)
- Formulere krav til og systematisk overvåke lokale prosedyrer og systemer for kvalitetssikring

Klinisk behandling av enkeltbrukere

- Forskrivning av medikament
- Medisinsk-faglig utredning og behandling
- Annen (sosialfaglig, rusterapeutisk) behandling og oppfølging

Dersom sentrene skal være et aktivt ledd i å sikre kapasitet og kvalitet i et landsomfattende LAR-tilbud må de også ha ansvar for å

- Bygge ut og sikre LAR-tilbudet i regionen
- Følge opp og evaluere resultater

- Vurdere behov og planlegge for framtiden

6.2.1 Beskrivelse

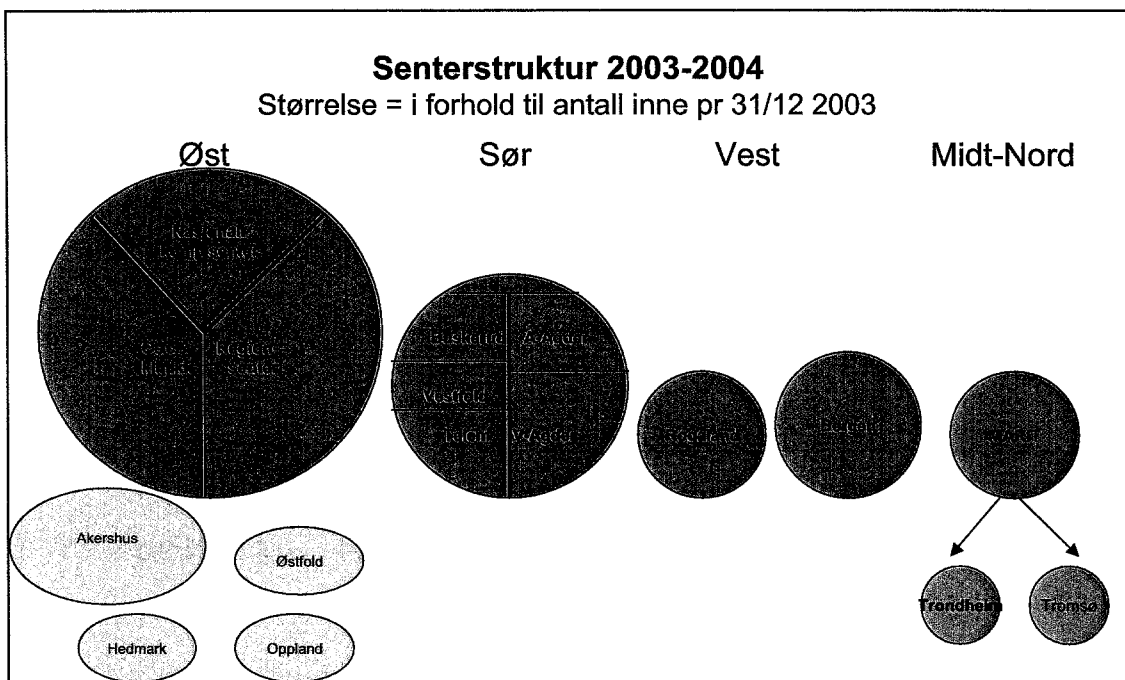
Oversikt

Ved oppstarten av MAR (LAR) som landsomfattende tilbud ble det i løpet av 1997-99 etablert 4 regionale metadonsentre – ØST, SØR, VEST og MIDT-NORD. Sentrene ble tildelt statlige midler til legemidler og drift.

Den detaljerte organiseringen av hvert regionsenter var allerede fra starten litt ulik, tilpasset forholdene i hver region. Siden starten har også strukturen endret seg noe, slik at sentervirksomheten nå er mer desentralisert:

- I de tre største byene – Oslo, Bergen og Trondheim – ble det fra starten etablert egne sentre (ØST, VEST og M/N), mens det i SØR allerede fra starten ble valgt en desentralisert løsning med fylkesvise sentre.
- I ØST hadde senteret/MARIO tre ulike oppgaver: Regionsenter for alle fylkene i regionen, nasjonalt kompetansesenter for hele landet og "klinikk" for brukere i Oslo. De fylkeskommunale rustjenestene i ØST utenom Oslo, etablerte fra starten hver sine koordinerende instanser på fylkesnivå (i Akershus 4 distrikter) som mellomledd mellom kommunene og regionsenteret.
- For hele SØR ble det etablert et felles rådgivende inntaksteam. I Agderfylkene ble det etablert et felles senter (MARIA), med egen ledelse og bemanning i hvert fylke, men med felles inntaksmyndighet på omgang mellom de to fylkene. I de tre øvrige fylkene ble det etablert sentre med egen ledelse og egen bemanning i hvert fylke, men med felles inntaksmyndighet lagt til Buskerud.
- I 2002 ble VEST delt i to – en del for Rogaland og en for Hordaland og Sogn og fjordane – med regionsentre i hhv Stavanger og Bergen.
- Nå (i 2004) er det på trappene å dele region M/N i to – en del for Midt-Norge og en for Nord-Norge.

Senterstrukturen høsten 2004 kan dermed tegnes som i figur 18 på neste side. Sirklens størrelsesorden er i samsvar med antall LAR-brukere i hver region.



Figur 18. Senterstruktur 2003-2004.

Det største senteret, MARIO, som er regionsenter og har inntaksmyndighet for hele ØST, har sju ganger så mange brukere som det minste, MARIT, som er regionsenter for M/N. Dette må imidlertid ses i sammenheng med betydelige ulikheter i oppgavefordelingen mellom senter og lokale instanser, særlig når det gjelder veiledning i søknadsarbeidet, forskrivning av medikamenter og deltakelse i ansvarsgrupper. Oppgavefordelingen er detaljert beskrevet i kapittel 6.3, men de viktigste ulikhetene kan oppsummeres slik:

Veiledning i søknadsarbeidet

- I ØST står MARIO for veiledning til Oslos bydeler, mens de fylkesvise instansene etter hvert har tatt over det meste av veiledningen til kommuner i fylkene Oppland, Hedmark, Østfold og Akershus.
- I de øvrige regionene er det fortsatt mye dialog mellom kommunene og sentrene under kommunenes arbeid med søknader.

Forskrivning av medikament

- I Oslo (MARIO), Agderfylkene (MARIA) og VEST og M/N var det fra starten leger tilknyttet region- eller fylkessenteret som forskrev medikamenter. I M/N ble forskrivningen overført til lokale leger fra 2001, men i Oslo, i VEST og i Agderfylkene er det fortsatt leger i senteret som står for det meste av forskrivningen.
- I trefylkessamarbeidet i SØR og i alle fylkene i ØST unntatt Oslo, ble forskrivningen fra starten av desentralisert til lokale leger.

Deltakelse i ansvarsgrupper

- I Oslo er senteret med i alle ansvarsgrupper så lenge brukeren er forankret i senteret, mens senteret som regel ikke er med i ansvarsgrupper etter at brukeren er "overført" til bydel. I de øvrige fylkene i ØST er regionsenteret ikke med i ansvarsgruppene i det hele tatt. I Hedmark er fylkesinstansen med i alle grupper, i Akershus er

For *Oslo*⁶⁰ har MARIO altså vært både regionalt senter og behandlende klinikk. Oslo kommune har finansiert en stor andel av MARIOS driftsutgifter - i 2003 var det kommunale tilskuddet til drift på ca 18 mill kr, og det statlige på ca 21 mill kr.

MARIO hadde høsten 2003 følgende avdelinger/enheter:

- MAR-Ullevål
- MAR-Bygdøy Alle
- MAR-Tøyen
- MAR-S(yke) (byomfattende)
- MAR-X (klienter i bydel, enten fra oppstart eller overført)
- Inntakspoliklinikk (opprettet juni 2002)
- MAR-Y(rkeslivet) (opprettet i 2003)

Inntakspoliklinikken ble opprettet som et prosjekt for å ta unna en uakseptabelt lang venteliste i Oslo. Det ble gitt et eget tilskudd fra SHdir på ca 3 mill kroner til drift og legemidler. Brukerne ble tatt inn i grupper hver 14 dag og startet opp på buprenorfin. Poliklinikken var å jour med søknadsbehandling og inntak sommeren 2003 og hadde ingen ventetider av betydning etter det. Inntakspoliklinikken ble nedlagt ved årsskiftet 2003/04. Etter omleggingen økte ventetiden for søkere fra Oslo til anslagsvis ett år.

Ved gjennomføringen av rusreformen ved årsskiftet 2003/04 ble følgende avdelinger overført til Oslo kommune ved Rusmideletaten, organisert som MAR-Oslo:

- MAR-Bygdøy Alle
- MAR-Tøyen
- MAR-Y

Resten av MARIO ble overført til Helse Øst og organisert som MAR Øst, med regionale og nasjonale oppgaver. Imidlertid skal LAR-brukere i Oslo fortsatt tas inn og behandles i senteret, før overføring til bydel eller MAR-Oslo etter anslagsvis ett år.

MARIO – nå MAR Øst – har knyttet til seg en egen forskningsavdeling ved Universitetet i Oslo, nemlig Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, som er finansiert utenom de ordinære LAR-bevilgningene. Universitetsseksjonen har etter hvert kommet til å ivareta en stor del av de nasjonale kompetansesenterfunksjonene, bl a innhenting og systematisering av data fra den årlige Statusundersøkelsen om LAR-klienter.

I *fylkene utenfor Oslo* ble det etablert en eller flere koordinerende instanser mellom kommunene og MARIO/MAR-Øst, finansiert av fylkeskommunene fram til 2003/04:

- Akershus: 4 distrikter, tilknyttet klinikker som koordinerer psykiatri og rustjeneste
- Hedmark: Eget team tilknyttet Sanderud psykiatriske sykehus
- Oppland: Rusteam knyttet til DPSene, med en person som sentral koordinator
- Østfold: Som Oppland - men 2 personer i koordineringsenheten fom 2004

⁶⁰ Det er viktig å være klar over Oslos spesielle situasjon, bl.a. med utgangspunkt i klientvolumer. Oslo har ca. 750 LAR-brukere, og enkelte bydeler i Oslo kan ha rundt 100 personer i LAR - altså langt flere enn hva som er tilfelle selv for de største byene i Norge.

Brukerne trappes opp lokalt og lokal lege forskriver medikamentene og har det medisinske ansvaret.

De fylkes/distriktsvise instansene fikk mye bistand og veiledning fra MARIO de første årene. Etter hvert er det opparbeidet egen kompetanse lokalt, og man har mindre behov for regionsenterets bistand i forbindelse med innsøking til og gjennomføring av LAR. I inntaksmøtet mellom regionsenter og representant for fylke eller distrikt har derfor - senterets oppgave som inntaksmyndighet etter hvert tatt mer form av "sandpåstrøing". Senteret er ikke involvert i behandlingen/rehabiliteringen av enkeltpasienter lokalt utenfor Oslo. Regionsenteret utfører heller ingen form for systematisk oppfølging av LAR-tilbudet i fylkene utenfor Oslo - eller av tilbudet til LAR-brukere i Oslo som er utskrevet til bydel.

I fylkene og kommunene i ØST utenom Oslo stilles det spørsmål ved oppgavedelingen og ressursfordelingen mellom regionsenteret og fylkene. Det pekes særlig på at de statlige ØST-ressursene til drift burde vært fordelt på alle fylkene. Dagens ordning gir grobunn for spørsmål om regionsenteret bruker en stor nok andel av ressursene på regionale oppgaver, eller om disse går på bekostning av klinikkdriften i Oslo. Det pekes også på at situasjonen i Oslo er svært forskjellig fra situasjonen i de øvrige fylkene ØST, både mht rusmisbruksproblematikk, og mht hvordan LAR-tilbudet er innrettet., slik at mulighetene for erfaringsoverføring kanskje er noe begrenset.

Lokale LAR-instanser viser til ett område hvor de fortsatt har særlig behov for bistand fra regionsenteret, nemlig hjelp til å påvirke, informere og veilede lokale leger mht forskrivning, dosering og henteordninger.

SØR

Det ble fra starten etablert et felles rådgivende inntaksteam for hele regionen, men med inntaksmyndighet og drift desentralisert til godkjente MAR-tiltak på fylkesnivå på to ulike måter:

- Aust- og Vest-Agder (MARIA) er egentlig to selvstendige team, men med felles inntaksmyndighet på omgang mellom de to fylkene. Begge steder ble teamet knyttet til fylkets ruspoliklinikk.
- Telemark, Vestfold og Buskerud er også tre selvstendige team, men med felles inntaksmyndighet (trefylkessamarbeid).

Medikamentforskrivningen er sentralisert i Agderfylkene, og desentralisert til lokale leger i de tre andre fylkene. De 5 fylkessentre deltar som hovedregel i ansvarsgruppene for alle brukere i sine respektive distrikter.

De statlige bevilgningene har gått direkte til hvert fylkesteam. Utviklingen de siste årene har gått i retning av at de fem fylkesteamene blir mer og mer selvstendige, samtidig som det felles regionale rådgivende inntaksteamet er beholdt som et regionalt kontakt- og samordningsorgan. Alle fylkesteamene i SØR uttaler at de ønsker å beholde denne regionale faglige kontakten og samordningen.

VEST

Senterfunksjonen for VEST ble opprinnelig lagt til Stiftelsen Bergensklinikkene. Fra høsten 2002 ble ansvaret for Rogaland overført til LAR Rogaland, en avdeling under Frelsesarmeens Bo- og behandlingssenter i Stavanger, slik at de statlige bevilgningene til medikamenter og drift nå er fordelt på to selvstendige sentre. Begge sentrene har nå inntaksmyndighet.

Medikamentforskrivningen er sentralisert både i Rogaland og Hordland/Sogn og Fjordane. Begge sentrene deltar som hovedregel i ansvarsgruppene for alle brukere.

MIDT-NORD

Senterfunksjonen for M/N ble lagt til Trondheim, tilknyttet Sør-Trøndelag fylkeskommune og kalt MARIT.

Medikamentforskrivningen var sentralisert i starten, men ble fra 2001 desentralisert til lokale leger. Senteret leder alle ansvarsgrupper de første 2 årene etter at brukeren er tatt inn, deretter overtar kommunen ledelsen av ansvarsgruppen og senterets oppfølging skjer noe sjeldnere.

Spesielt om kapasiteten i regionsentrene

Det har vært en meget stor økning i antall LAR-brukere i alle regionene de siste årene, jfr redegjørelsen for dette i kapittel 3.3.

Bevilgningene til drift (ekskl legemidler) og investeringer til de statlig finansierte sentrene har økt fra 38 mill kroner i 1999 til 59 mill kroner i 2003, dvs en økning på ca 55 %. I samme periode er antall brukere økt fra ca 500 i 1999 til mer enn 2.400 i 2003, en økning på 480 %.

Utviklingen i søkerlister, ventelister og ventetider – og ikke minst informasjon fra sentrene selv – viser imidlertid at i flere regioner representerer senteret fortsatt en flaskehals i forhold til å kunne ta inn flere brukere. Utviklingen i søkerlister og ventelister de siste årene er beskrevet i kapittel 3.1. Status mht søkerlister og ventelister pr 30.04.04 i hvert enkelt fylke framgår av tabell 14 på neste side.

Kapasiteten i hvert enkelt senter styres av tre forhold:

- Bevilgning til legemidler
- Bemanning – som er avhengig av bevilgninger til drift
- Bruken av bemanningen – dvs senterets arbeidsform

Bevilgninger til legemidler har vært flaskehals i noen sentre i kortere perioder, men det er da som regel gitt tilleggsbevilgning i løpet av året (i revidert nasjonalbudsjett).

Bemanningen og hvordan den brukes – dvs senterets arbeidsform - er sannsynligvis en større og mer permanent flaskehals. Antall LAR-brukere pr ansatt i senteret (brukere og ansatte pr 31.12.03) varierer fra 13 brukere pr ansatt i M/N til 32 i VEST (28 i Hordaland/Sogn og Fjordane og 40 i Rogaland). I SØR varierer dette noe mellom de enkelte fylkene, men der ser det ut til å ligge en kapasitetsgrense rundt ca 25 brukere pr ansatt. I ØST er det ca 17 brukere pr ansatt i senteret når vi regner med alle brukere i hele regionen, og ca 10 brukere pr ansatt når vi bare regner brukere i Oslo (jfr ulik arbeidsform i forhold til brukere i Oslo og brukere i andre fylker). For ØST må det imidlertid tas høyde for at senteret også har oppgaver som nasjonalt kompetansesenter, og at et så stort senter som ØST sannsynligvis også bruker relativt mer ressurser på rent administrative oppgaver enn de andre sentrene gjør.

Det er også et poeng at sentrene har vesentlig hyppigere kontakt med brukerne i oppstart- og stabiliseringsfasen enn i senere faser, dvs at senteret bruker mer ressurser på "nye" brukere enn på brukere som har vært inne en tid. Det betyr at sentre med sterk vekst i antall brukere nødvendigvis vil bruke mer ressurser pr bruker enn sentre med lavere vekst.

Tabell 14.

Ventelister, ventetider og søkerlister pr 30.04 2004 - Fylkesvis							
Fylke	Brukere 30/04	Ventelister		Søkerlister		Ventetid fra inntak til oppstart	
		Antall	% av antall inne	Antall	% av antall inne		
ØST	Oslo	730	61	8 %	18	2 %	Oslo ca.12 mndr
	Akershus	275	9	3 %	8	3 %	Øvrige fylker 0-3 mndr
	Østfold	155	8	5 %	15	10 %	
	Hedmark	121	5	4 %	8	7 %	
	Oppland	107	1	1 %	6	6 %	
SØR	Buskerud	77	23	30 %	5	6 %	
	Vestfold	76	5	7 %	15	20 %	
	Telemark	140	17	12 %	27	19 %	
	Aust-Agder	69	6	9 %	13	19 %	
	Vest-Agder	153	12	8 %	6	4 %	
VEST	Rogaland	216	51	24 %	24	11 %	3-9 mndr
	Hordaland	259	98	38 %	7	3 %	
	Sogn & fjordane	6	1	17 %	0	0 %	
M/N	Møre & Romsdal	29	6	21 %	8	28 %	20-24 mndr
	S-Trøndelag	83	52	63 %	8	10 %	
	N-Trøndelag	20	13	65 %	0	0 %	
	Nordland	48	22	46 %	4	8 %	
	Troms	18	8	44 %	1	6 %	
	Finmark	2	2	100 %	0	0 %	

Det at søkerlistene er redusert de siste årene skyldes etter manges oppfatning ikke bare at sentrene har kunnet "ta unna" flere søknader, men også at en del kommuner holder tilbake søknader fordi det allerede er for lang ventetid for å komme inn i behandlingen. Det er også sentre og fylkesinstanser som i perioder har innført inntaksstopp pga for lite kapasitet til å følge opp det lokale arbeidet med brukerne. Det betyr at det kan være vesentlige "skjulte" ventelister i tillegg til de vente- og søkerlistene som framkommer i den offisielle statistikken.

Ventetiden fra inntaksbeslutning til oppstart styres ikke bare av kapasiteten i senteret. En del venting skyldes også at brukere ikke alltid er "klare" til å starte opp umiddelbart etter beslutning om inntak.

6.2.2 Vurdering

Den senterstrukturen som ble etablert i oppstarten har på mange måter fungert godt. Både senterstrukturen og oppgavefordelingen mellom LAR-senter og lokalnivået (kommuner/lokale leger) har vært i gradvis utvikling og tilpasning. De ulike modellene for fordeling av ansvar og oppgaver på region- og fylkesnivå har gitt viktige erfaringer.

De fylkes- og distriktsbaserte løsningene mellom senternivå og kommune i Hedmark, Oppland, Østfold og Akershus har bidratt til effektiv samordning, oppgaveløsning og lokal kompetanseutvikling. Den desentraliserte løsningen som ble valgt i SØR har gitt viktige erfaringer med en desentralisert senterstruktur der det likevel er en regional samordning av viktige faglige spørsmål. Delingen av VEST og den planlagte delingen av M/N innebærer en dynamisk tilpasning til volumer og geografi.

Det er også tanker om strukturelle endringer andre steder – f.eks vurderer man i Hedmark og Oppland opprettelse av et LAR-senter eller en lignende instans som skal betjene de to fylkene sammen. Tanken er at klientvolum, geografi og øvrige rus- og psykiatritjenester i de to fylkene gir et noenlunde passe grunnlag for et faglig senter som er spisskompetent nok samtidig som det kan forholde seg til de lokale utøverne/ansvarsgruppene/klientarbeidet på en hensiktsmessig måte.

Men det er noen viktige forhold som følger av sentrenes ulike struktur og arbeidsform som er mer problematiske:

- Noen sentre er betydelige flaskehals – noe som gir ulike muligheter og ulikt tilbud i ulike deler av landet
- Ulik grad av dialog mellom senter og lokale instanser i søkerfasen og ulik grad deltakelse i arbeidet lokalt – dvs ulik grad av både veiledning til og oppfølging av de lokale instansene
- Ulik oversikt over og kontroll med lokal medikamentering og urinprøvekontroller
- Ulik grad av resultatoppfølging og evaluering
- Ulik grad av proaktiv behovsvurdering og planlegging

Selv om etableringen av LAR-sentre har vært et viktig og riktig organisatorisk grep, og særlig i en oppbyggingsfase, framstår derfor senterstrukturen slik den fungerer i dag ikke hensiktsmessig. De viktigste utfordringene er:

- *Rolleutfordring generelt*

Det er behov for å presisere hvilken rolle senteret skal ha i forhold til arbeidet lokalt og hvilke arbeidsmåter senteret bør bruke for å ivareta denne rollen. Det bør avklares tydeligere hvilke oppgaver sentrene skal ivareta både som styringsledd mellom SHdir og lokale aktører, og som faglig sikring av tilbudet til hver enkelt LAR-bruker.

Det er også behov for å vurdere om flere oppgaver mer systematisk og gjennomgående kan desentraliseres til lokalt nivå, i hvert fall til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å overta flere oppgaver. Det må i den sammenhengen også avklares hvordan sentrene kan beholde (og forsterke) den nødvendige faglige overvåkingen og kontrollen med det arbeidet som gjøres lokalt.

Det kan også være behov for å avklare hvem som skal overvåke og kontrollere det arbeidet som gjøres i sentrene – og særlig den medisinske og sosialfaglige behandlingen av enkeltbrukere(klinikkvirksomheten).

- *Kapasitetsutfordring i noen regioner*

Fordi flere av LAR-sentrene er betydelige flaskehals må kapasiteten økes. Fordi en del av kapasitetsulikhetene skyldes ulike arbeidsmåter i sentrene er det viktig å først vurdere hvilken rolle og hvilke oppgaver det faktisk er nødvendig å legge til

senternivå, og hva som kan desentraliseres til lokalt nivå med tilstrekkelig kompetanse. I den forbindelse bør det legges vekt på sentrenes rolle både som "tverrfaglig spesialisthelsetjeneste", som kompetanseleverandør til lokale aktører og som faglig kvalitetssikrings- og kontrollinstans.

- *Strukturutfordring generelt – og i ØST spesielt*

Senteret i ØST dekker senterfunksjonen for fylkene utenfor Oslo primært som formell inntaks- og utskrivingsmyndighet og som den instansen som betaler legemidlene. Det eksisterer dermed egentlig ingen faglig "senterfunksjon" for Øst-fylkene utenom Oslo.

Senterfunksjonen i M/N skal dekke et geografisk oppland fra Møre til Finnmark. I tillegg til de åpenbare kapasitetsproblemene i M/N tilsier reiseavstandene alene at det nå er behov for et eget senter for Nord-Norge.

Den fylkesvise organiseringen i SØR, med felles rådgivende inntaksteam, er ulik den senere fylkesvise organiseringen i VEST der det ikke lenger er noe formelt samordningsorgan på regionnivå.

Fra 2004 er de statlige LAR-sentrene overført til de regionale helseforetakene (RHF), og de fylkeskommunale LAR-teamene i ØST utenom Oslo er overført til RHF-Øst. Etter dette er det RHFene som har ansvar for å sikre en hensiktsmessig struktur for alle LAR-sentre. Statens bevilgninger til LAR-sentrene er synliggjort i budsjettene til RHFene i 2004, men RHFene står fritt til å bevilge mer (men ikke mindre) enn dette til sine respektive sentre. Fra 2005 vil sannsynligvis ikke bevilgninger til LAR-sentrene synliggjøres eksplisitt i statsbudsjettet.

Det ligger utenfor denne evalueringens mandat å vurdere hva som er en hensiktsmessig senterstruktur etter overføringen til RHFene. Noen hensyn som bør telle når senterstrukturen skal utvikles videre – og som kan trekke i litt ulike retninger – er:

- Ikke mer enn ett ledd, dvs RHF-et, mellom de sentrale helsemyndighetene og lokalt nivå
- Sentrene må ha bred og dyp kompetanse
- Sentrene må ha nærhet til, oversikt over og kontroll med det som gjøres lokalt
- Sentrene må ha avstand nok til lokalnivået til å kunne håndheve nasjonale regler og retningslinjer.

Det enkelte RHF bestemmer selv hvordan senterfunksjonen i regionen skal organiseres. Kompetansekravet taler for få og store sentre, mens kravene til nærhet, oversikt og kontroll kan tale for flere mindre sentre. Hvert RHF må uansett ha en samlet oversikt over og styring med "sin" sentervirksomhet.

Fordi LAR er både tverrfaglig og både 1. og 2. linje samtidig, må RHFenes ansvar og myndighet i forhold til lokale aktører presiseres. Det kan også være behov for å presisere RHFenes myndighet og handlefrihet mht LAR i forhold til føringer fra SHdir. I den sammenheng bør det også presiseres hvem som skal overvåke og kontrollere sentrenes (RHFenes) LAR-arbeid og hvordan denne overvåkingen skal foregå.

6.3 Er organiseringen rundt brukeren hensiktsmessig?

Dette kapitlet må ses i sammenheng med kapittel 5 om behandlingsprosessen og virkemiddelinnnsatsen, og med kapittel 6.2 om senterstruktur. I kapitlet her fokuseres det først og fremst på strukturelle forhold som har betydning for det konkrete arbeidet med den enkelte bruker.

LAR-arbeidet er sammensatt og involverer mange ulike aktører. Det er en sentral forutsetning at de faglige ressursene rundt brukeren skal organiseres og samordnes gjennom to viktige grep, *tiltaksplan* og *ansvarsgruppe*. Bruken av tiltaksplaner og ansvarsgrupper som virkemidler er vurdert i kapittel 5 foran. Nedenfor går vi bare inn på ansvarsgruppen som organisatorisk grep for samordning og kvalitetssikring. Beskrivelsene og vurderingene i dette kapitlet er knyttet opp de ulike delene av LAR-behandlingen slik:

- Utrednings- og søknadsfasen
- Medikamentforskrivning
- Avrusning, opptrapping og behandling
- Regionsentrenes rolle i ansvarsgruppene
- Organisering og samordning av arbeidet lokalt
- Medikamentutdeling og urinprøver
- Den lokale (fast-)legens rolle

6.3.1 Beskrivelse

Søkefasen

Det er kommunen og fastlegen som sammen har ansvar for å søke rusmisbrukere inn i LAR, og for å utrede søkeren i forhold til de kravene som er satt for inntak. Sosialtjenesten har koordineringsansvaret. Det er også kommunen lokalt som har ansvar for å etablere en individuelt tilpasset tiltaksplan og senere sikre gjennomføring og oppfølging av de tiltakene som skal gjennomføres lokalt.

I starten, da LAR-kompetansen var lite utbygd lokalt, gjorde alle sentrene en betydelig del av arbeidet med å utrede og forberede søkerne for inntak. Arbeidet ble gjort i samspill med de innsøkende kommunene, som gjennom dette etter hvert opparbeidet mye egen kompetanse. En vesentlig del av dialogen med kommunene har gått på krav til utredning av søkeren og krav til innhold og mål i tiltaksplanene. Her har det enkelte steder vært betydelig faglig uenighet - se nærmere om dette i kapittel 5.

Nå har de fleste av kommunene og mange lokale leger opparbeidet kompetanse nok til å kunne gjøre det meste av utrednings- og forberedelsesarbeidet selv. Det betyr at nå gjøres det meste av utredningene og det øvrige søknadsarbeidet lokalt, men med støtte og kvalitetssikring fra sentrene etter behov

Som det også er summarisk beskrevet i kapittel 6.1, er imidlertid arbeidsdelingen i ØST noe annerledes enn i de andre regionene:

- I *Oslo* har *bydelene* søkt rusbrukeren inn direkte til regionsenteret (MARIO), som også har stått for den direkte veiledningen til bydelene i søknadsfasen. Det har vært

større uenighet mellom bydelene og MARIO enn mellom de andre sentrene og kommunene mht innhold i søknad og ambisjonsnivå i tiltaksplan.

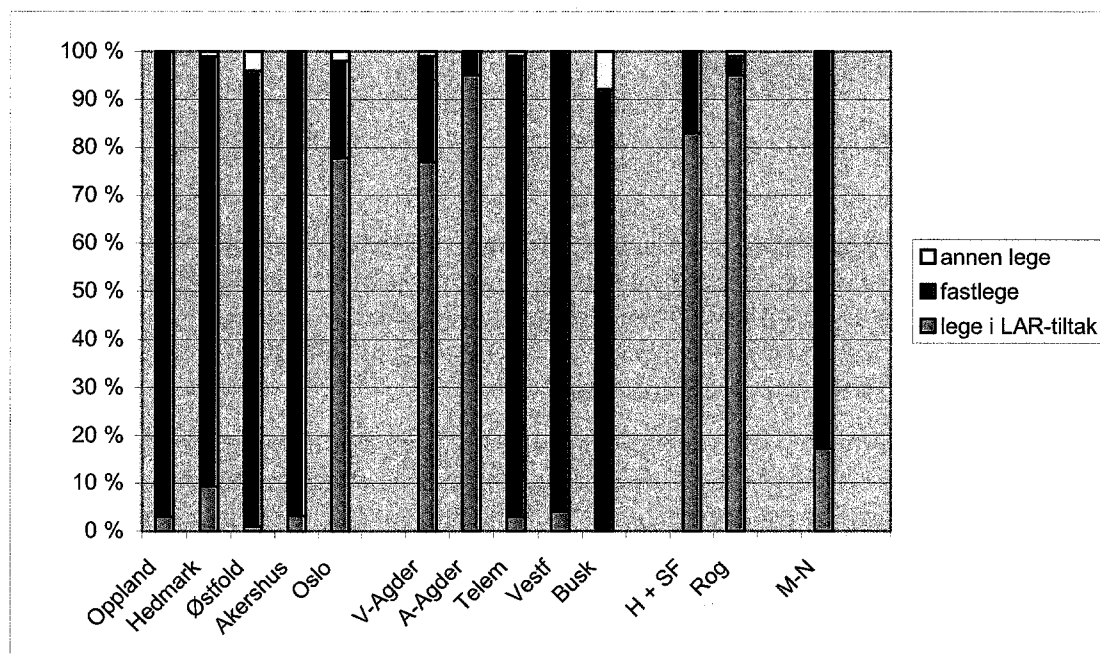
Etter omorganiseringen pga rusreformen fra 2004 søker bydelene fortsatt direkte til MAR Øst som regionalt senter – uten kvalitetssikring og samordning for eksempel gjennom MAR Oslo.

- I ØST utenom Oslo er det først og fremst LAR-enhetene på fylkesnivå som har hatt kontakt med kommunene i søknadsfasen med sikte på informasjon og kvalitetssikring. Regionsenterets oppgave med behandling og inntaksbeslutning i forhold til søknader fra disse fylkene er blitt stadig enklere og mer "proforma".

Dette innebærer at regionsenteret i ØST både er tettere på (i Oslo) og fjernere fra (i de øvrige fylkene) den enkelte LAR-brukeren i søknads- og inntaksfasen enn de øvrige regionsentrene er.

Medikamentforskrivning

Som det også er redegjort for i kapittel 6.2 er ansvaret for forskrivning av LAR-medikamenteringen lagt til senteret i noen regioner og til lokale leger i andre. Hvordan ansvaret er fordelt mellom leger i senteret og lokale leger i hvert enkelt fylke framgår av figur 20 nedenfor.



Figur 20. Forskrivende leger sentralt eller lokalt - prosentfordeling.

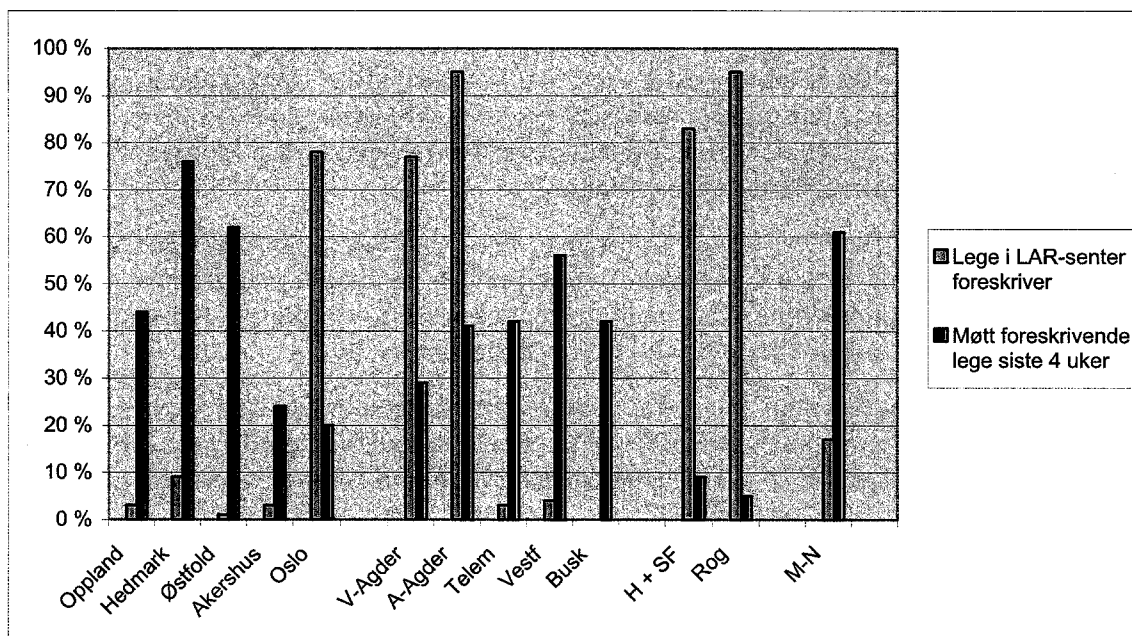
Det er en forutsetning fra statens side at lokal lege skal overta ansvar for forskrivning og annen medisinsk-faglig oppfølging "etter at klienten er overført til lokal oppfølging" (jfr rundskriv I-33/2001). Men der det fra starten er lege tilknyttet LAR-senteret som har hatt forskrivningsansvaret, har "overføring til lokal oppfølging" vist seg vanskelig. Også her varierer imidlertid praksis og erfaringer:

- I Oslo har det vært vanskelig å få overført forskrivning og rehabiliteringsansvar til bydelene. Dette skyldes flere forhold: Mange bydeler har ment at MARIO bør

beholde ansvaret når ressursene ligger der, og det har vært vanskelig å rekruttere leger i bydelene som er villige til å overta forskrivningsansvaret. MARIO har nok også hatt en tendens til å holde på brukerne for lenge, fordi man har ment at bydelene ikke har hatt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å drive LAR på en god nok måte. Bl.a. har man pekt på at stor mobilitet både i sosial- og i legetjenesten ikke gir tilstrekkelig stabilt og godt utgangspunkt for oppfølging av LAR-brukerne.

- I Agderfylkene er forskrivningen de siste årene søkt overført til lokal lege når brukeren er stabilisert og ellers fungerer godt nok. Ved utgangen av 2003 var vel 20% av forskrivningsansvaret overført til lokal lege i Vest-Agder, men i Aust-Agder har det vært vanskelig å få lokale leger til å overta, så foreløpig står lokale leger bare for 5 % av forskrivningen .
- I VEST ble forskrivningen i 2002 søkt overført til lokale leger for stabiliserte og godt fungerende brukere. Det viste seg vanskelig å få lokale leger til å overta, og etter forsøket i 2002 er forskrivningsansvaret nå fortsatt lagt til sentrene. Det er imidlertid noen flere lokale leger som forskriver i Bergen/Sogn- og Fjordane enn i Rogaland.
- I M/N ble alt forskrivningsansvar overført fra senteret til lokale leger i 2001.

Den legen som forskriver LAR-medikamentet har også det medisinsk-faglige ansvaret for behandlingen og oppfølgingen av LAR-brukeren. Det blir da et tankekors at brukere som får medikamentene av lege i LAR-senter gjennomgående har betydelig mindre kontakt med forskrivende lege enn brukere som får medikamentene forskrevet av leger lokalt, jfr figur 21 nedenfor.



Figur 21. Prosentandel av brukerne som får LAR-medikamentet forskrevet sentralt, sammenholdt med andel som har møtt til avtale hos forskrivende lege siste 4 uker.

Avrusning, opptrapping og behandling

En ansvarsfastsatt plan for *avrusning og opptrapping* er en del av kravet til inntak i LAR. Som beskrevet i kapittel 5 skjedde avrusning og opptrapping i starten i stor grad i

institusjon, men etter hvert skjer dette mer og mer poliklinisk, selv om institusjonsinnleggelse fortsatt er vanligst.

Ansvar for *behandlingen* etter opptrappingen kan deles i

- ansvar for medikamentering og medisinsk-faglig behandling og oppfølging
- ansvar for sosiale tiltak og psykososial oppfølging

Ansvar for medisinsk-faglig behandling og oppfølging ligger til den legen som forskriver medikamentet. Ansvar for den øvrige behandlingen ligger i utgangspunktet til kommunen ved sosialtjenesten. Regionsentrene skal innenfor sin region "utvikle og veilede det lokale hjelpeapparatet som har oppfølgingsansvaret" (Rundskriv I-33/2001).

Behandlingen og oppfølgingen av brukeren skal samordnes i ansvarsgruppen, men slik at de ulike medlemmene i ansvarsgruppen har ansvar for ulike tiltak. Ansvars- og arbeidsdelingen mellom LAR-senter og kommunene varierer dermed også med hvordan LAR-senteret er eller ikke er engasjert i ansvarsgruppen, se nærmere om dette nedenfor.

I praksis er det stor variasjon mht hvor LAR-brukeren er "forankret" – i LAR-senter eller lokalt (kommune/bydel). Det er heller ingen entydig definisjon på hva en slik "forankring" består i, utover forskrivning av medikamenter, jfr bestemmelsen i rundskriv I-33/2001 om at "legen i førstelinjetjenesten har ansvaret for den medisinsk-faglige oppfølgingen av rehabiliteringsopplegget etter at klienten er overført til lokal oppfølging".

- I Oslo forholder brukerne seg i hovedsak til LAR-senteret og i liten grad til bydel så lenge de ikke er "overført" til bydel og forskrivning hos lokal lege. Etter delingen mellom stat og kommune fra 2004 skal LAR-brukere i Oslo fortsatt tas inn, startes opp og "være" i det statlige LAR-senteret et års tid før de "overføres" til det kommunale MAR-Oslo eller til bydel - dvs at praksisen fra tidligere videreføres.
- I de øvrige fylkene som har sentral forskrivning forholder brukerne seg også i større grad til LAR-senteret enn i fylker med lokal forskrivning. Dette gjelder særlig der mange av brukerne bor relativt nært senteret, slik som i Bergen, Stavanger/Sandnes, Kristiansand og Arendal. Men her forholder brukerne seg klart til kommunen når det gjelder den sosialfaglige delen av arbeidet.
- I M/N er forskrivningen og oppfølgingen lokal, men brukerne forholder seg også i stor grad direkte til LAR-senteret i opptrappings- og stabiliseringsfasen, gjennom systematiserte kontaktpunkter mellom senterkonsulent bruker i form av avtalte møter ansikt til ansikt eller per telefon (re geografisk avstand)
- I de øvrige fylkene som har lokal forskrivning forholder brukerne seg direkte til LAR-senteret bare i mer spesielle tilfeller, når brukeren og/eller ansvarsgruppen finner behov for det, men LAR-senteret møter brukeren i ansvarsgruppen.

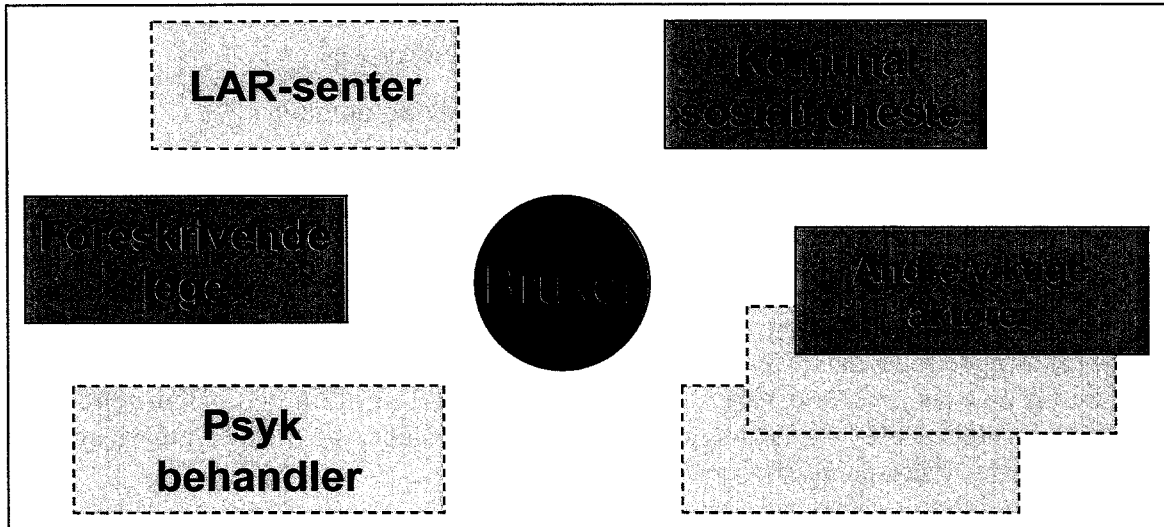
Regionsentrenes rolle i ansvarsgruppene

Ansvarsgruppen er – som navnet også uttrykker – en gruppe der de som har ansvar for ulike deler av arbeidet rundt brukeren skal møtes. Formålet er å sikre at det tverrfaglige arbeidet rettet mot brukeren er tilstrekkelig samordnet, at tiltakene gjennomføres og at planer og tiltak eventuelt justeres etter behov brukerens utvikling. Ansvarsgruppen har også en viktig kvalitetssikringsfunksjon.

Forskrivende lege og representant for sosialtjenesten i kommunen skal alltid være med i ansvarsgruppen. I alle regioner utenom ØST er også det statlige LAR-senteret represen-

tert i ansvarsgruppene. For øvrig settes gruppen sammen etter hvilke spesielle tiltak som skal settes inn for den enkelte brukeren.

Denne organiseringen kan illustreres som i figur 22.



Figur 22. Organisering av ansvarsgruppen – prinsippmodell.

Alle LAR-sentre unntatt ØST, påpeker at det er viktig del av senterets arbeid å følge opp hver enkelt ansvarsgruppe i sin region, også når forskrivning og alt annet arbeid rundt brukeren skjer lokalt. Dette blir dermed en viktig del av senterets kvalitetssikring av LAR. Mange av sentrene uttrykker også at ansvarsgruppene er et viktig forum for praktisk veiledning til og opplæring av kommunene og lokale leger.

I M/N er regionsenterets representant *leder* av ansvarsgruppen de to første årene, i VEST og SØR er det kommunens sosial-/rustjeneste som leder gruppen, med regionsenterets representant som veileder og kvalitetssikrer.

I ØST er senteret bare representert i ansvarsgruppene for brukere i Oslo og bare så lenge de er forankret i (har forskrivende lege) i det regionale senteret. Det at ØST ikke er representert i ansvarsgruppene annet enn for disse brukerne, innebærer at regionsenter ØST har mindre kontakt med og innsyn i det arbeidet som gjøres lokalt enn hva som er tilfelle for de øvrige regionsentrene.

I Hedmark, og i noen grad i Akershus, deltar de fylkesvise/distriktvise LAR-instansene i ansvarsgruppene, men i Østfold og Oppland har "fylkesinstansen" kun bestått av en person og denne går bare inn i ansvarsgruppen i spesielt vanskelige saker. I store deler av ØST er dermed kommunene overlatt til å drive det daglige LAR-arbeidet alene, uten systematisk støtte eller kvalitetskontroll fra en "faglig overordnet" instans.

Organisering og samordning av arbeidet lokalt

LAR krever innsats fra flere ulike enheter og faggrupper og på tvers av forvaltningsnivåene. Det er viktig at denne innsatsen er tilgjengelig og tilstrekkelig samordnet.

Det synes som kravet om tiltaksplaner og ansvarsgrupper har bidratt til at samordningen og samspillet mellom ulike enheter og faggrupper *internt i kommunene* er bedre ivaretatt

for LAR-brukere enn for andre rusklienter. Men den interne styringen og samordningen i kommunene varierer likevel betydelig.

For det første varierer selve organiseringen og forankringen av LAR internt i kommunene i henhold til følgende skjematiske oppsett:

- Egen LAR-enhet (bare Oslo)
- Knyttet til en egen rusenhet (rustiltak, rusteam, ruskonsulent)
- Integret i øvrig sosialtjeneste, men med sentral LAR-koordinator
- Integret i øvrig sosialtjeneste, ingen egen rus- eller LAR-ekspertise

Det er ingen av disse modellene som peker seg ut som "den beste". Det synes som kommuner/bydeler med egne rusteam, ruskonsulenter eller LAR-koordinatorer har bedre grep om hele LAR-arbeidet enn kommuner uten egen ruskompetanse. Kommuner og bydeler som har etablert et skille mellom "rus" og "sosialhjelp" i sosialtjenesten, har gode erfaringer med det. Men en del brukere kan oppleve at der LAR-arbeidet er organisert på siden av den øvrige sosialtjenesten, er det ikke alltid god nok samordning mellom ruskonsulenten i ansvarsgruppen på den ene siden, og sosialkontoret og det øvrige sosiale tiltaksapparatet på den andre siden.

Generelt synes samordningen å gå lettere der LAR er forankret opp mot en administrativ helse- og sosialsektorledelse som er engasjert i LAR og som har myndighet og vilje til å styre en tverrfaglig innsats overfor LAR-brukerne.

Den interne samordningen synes naturlig nok aller enklest å få til i små kommuner med oversiktlig organisasjon, men også her ofte avhengig av at ansvaret er lagt til en instans eller person som er entusiastisk i forhold til LAR.

De spesielle samordningsutfordringene i Oslo er beskrevet i kapittel 5 og i kapittel 6.1.

Kommunelegen kan være en viktig aktør for å etablere et godt lokalt LAR-tilbud med lokal forskrivning. Kommunelegens rolle varierer imidlertid betydelig – i noen kommuner er kommunelegen helt sentral i arbeidet med å få til lokal forskrivning, i andre kommuner oppleves kommunelegen nærmest som en motstander av LAR, og i hvert fall motstander av lokal forskrivning.

Bærumsmodellen nevnes ofte som eksempel på en god "kommunelegestyrt" ordning: Allerede i 1998 fikk alle allmennleger i Bærum henvendelse fra kommuneoverlegen om å påta seg ansvar for forskrivning, medisinsk oppfølging og urinprøvekontroller, samt å delta i ansvarsgrupper. Det ble tilbudt en spesiell økonomisk kompensasjon for dette, som ble avviklet etter innføring av egen takst for urinprøver ved LAR. Egenandelen for mange brukere dekkes av sosialkontoret. Legene fikk tilbud om kurs og kontaktmøter, og kursene ble godkjent som tellende i utdanning til allmennmedisinspesialitet. Allmennlegen sender rapport til kommunelegen 4 ganger i året med kopier av urinprøvesvar og aktuelle medisinske utredninger og vurderinger.

De lokale legenes rolle er også nærmere beskrevet og vurdert nedenfor.

Samspillet med *lokale instanser i stat og fylkeskommune* – f eks Aetat og ulike utdanningsinstitusjoner – varierer avhengig av hvordan kontakt- og samarbeidslinjene her er utviklet generelt, uavhengig av LAR.

Fordi kommunene har hovedansvaret for det praktiske rehabiliteringsarbeidet, opplever en del av kommunene at LAR er ressurskrevende. En del kommuner har derfor vært tilbakeholdne med å søke rusmisbrukere inn til LAR på grunn av *kapasitetsproblemer* i egen kommune, dvs at også kommunene kan være betydelige flaskehalser.

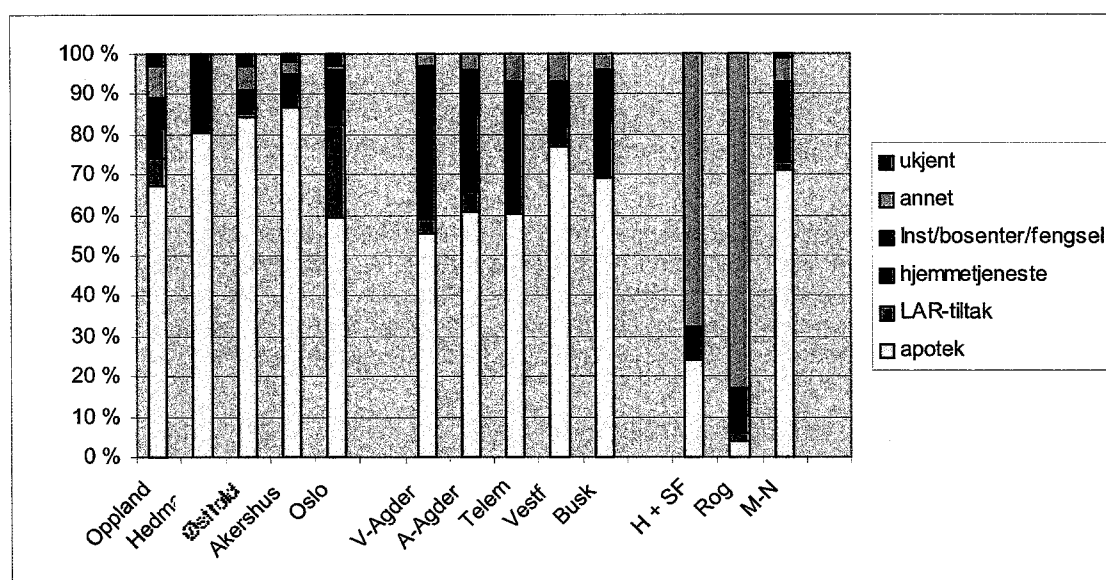
Variasjonene i tilgang på ulike virkemidler (vanlige boliger, boliger med tilsyn, ulike tilbud om aktiviteter osv) i kommunene er beskrevet i kapittel 5.

Medikamentutdeling og urinprøver

Utdelingen av medikamenter og urinprøver er viktige deler av "kontrollregimet" rundt brukeren, og representerer et strukturerende element som brukerne må forholde seg til.

Utdelingen av medikamenter skal foregå slik at den som deler ut har full kontroll med at brukeren tar medikamentet slik det er forutsatt. Inntaket skal skje under påsyn. Brukere som er stabilisert medisinsk, ikke ruser seg og ellers viser at de har god kontroll på sitt liv, kan etter hvert få lov til å ta med medikamenter for flere dager hjem.

Utdelingen foregår nå mest på apotek, men det er betydelige variasjoner mellom regionene – og mellom fylkene innenfor hver region, jfr figur 23.



Figur 23. Utdeling av legemidlet – Regioner og fylker.

I Oslo foregikk i begynnelsen all utdeling i sentrene for alle brukere, unntatt brukere i MAR-S(yke) som hele tiden har hentet på apotek. Etter hvert har apotekene overtatt en større del av utdelingen – særlig for brukere som er "overført" til bydel, men også for en del brukere som fortsatt er forankret i senteret. I en del tilfeller har brukere som ikke overholder krav til henting eller rusing måttet begynne å hente i senter igjen. Inntil nylig har senter stått for utdeling på søndager, men et apotek har nå søndagsåpent for LAR.

Utdelingen i Rogaland foregår mest på kommunale helsestasjoner og i noen grad på legekontorer. Det har vært vanskelig å få til samarbeid med apotekene i Rogaland. I Hordaland foregår en noe større del av utdelingen på apotek og legekontorer.

Bruken av hjemmetjenestene er kommet lengst i SØR.

Det er utarbeidet en nasjonal veileder i LAR for apotekansatte (MARIO 2001). Den beskriver generelle farmakologiske og øvrige forhold ved LAR, men går ikke inn på det omfattende praktiske arbeidet knyttet til kontrollaspektet ved utdelingen. LAR-sentrene har i ulik grad utarbeidet egne prosedyrebeskrivelser for apotekenes arbeid. En del apoteker har utformet sine egne i tillegg. SHdir arbeider nå med å utvikle nasjonale retningslinjer på dette området.

En del store henteapoteker har etter hvert tatt i bruk "dispensere" som doserer og blander metadon ihht et databasert brukerregister, som kan oppdateres fortløpende mht henteordninger, dosering og andre opplysninger. Systemet kan også registrere tilfeller av "ikke henting" og andre avvik, samt produsere ulike rapporter.

I utgangspunktet er det forskrivende lege som skal bestemme utdelings/henteordning og holde utdelingsstedet à jour om endringer i dosering, om evt. "ta med hjem"-doser, om ordninger ved ferie og reise etc. Det synes som leger i LAR-sentrene har gode rutiner for dette, mens apotekene opplever varierende ryddighet mht dette fra lokale leger og andre LAR-ansvarlige. Det innebærer at en del apotek kan ha mye arbeid med å følge opp og forsikre seg om hva som er gjeldende bestemmelser for den enkelte brukers medikamentering.

Et annet moment knyttet til utdelingsordningene, er at utdeling i "storskala" til mange brukere på samme sted og innenfor et begrenset tidsrom også fører til ansamling av LAR-brukere og dermed vedlikehold og utvikling av møtesteder og miljøer som er til forveksling lik det LAR-brukerne skal forsøke å komme bort fra. Dette er særlig et problem i Oslo ved utdeling i LAR-senter. Både brukerne og sosialtjenesten i Oslo oppfatter at sentrene representerer lite "rehabiliteringsfremmende miljøer", og sågar fungerer som markeds plass for omsetning av stoff. Følgende uttalelser fra to brukere i Oslo illustrerer dette:

"Sentrene har utviklet seg uheldig, med nye og gamle MAR-klienter sammen. Det er en veldig nedtur for nye klienter å komme til MAR-senteret når det første de møter er rusa personer som ikke er kommet et skritt videre etter flere år i MAR. De nye lærer alt om rusing og triksing med prøver av de gamle. På [...] ble det etter hvert bestemt at de som ruset skulle hente metadonen sin etter kl 11. De som ville slippe å møte rusa folk, kunne komme mellom 9 og 10."

"Jeg er kjempeglad for å slippe å dra til MARIO hver dag mellom 10 og 12 og møte alle de andre. Første dagen jeg hentet på apotek så jeg meg rundt ute og inne, men jeg så ingen kjente [rusmisbrukere/MAR-brukere]. Jeg treffer faktisk ingen gamle kjente på mitt apotek og det er så utrolig deilig".

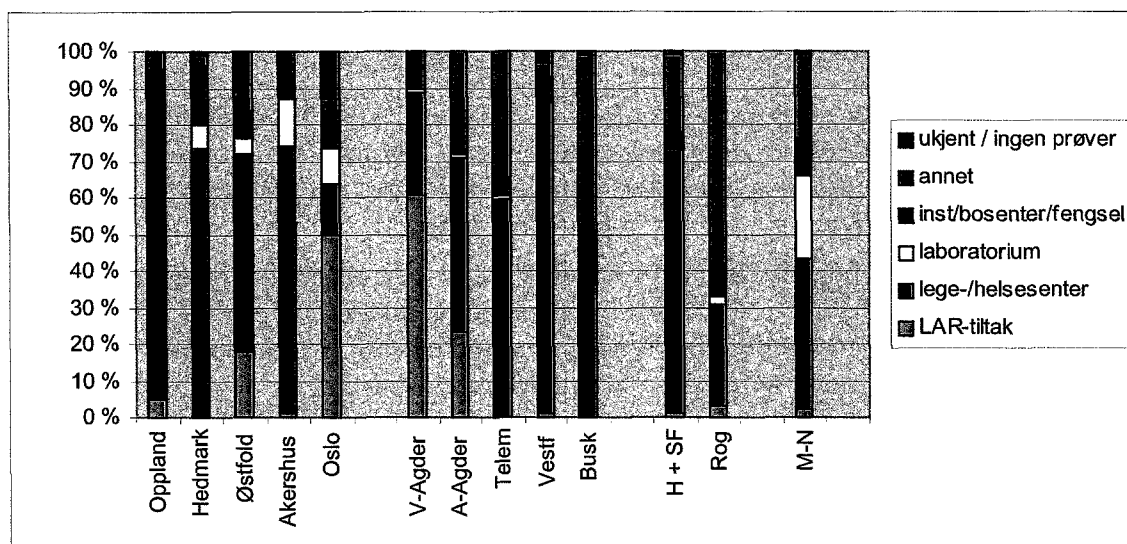
Ved de store apotekene kan det imidlertid også være "ansamling" i forbindelse med henting. En bruker forteller at han pleier å komme så seint som mulig før utdelingen stenger, for da er det ikke så mange "gamle kjente" som står utenfor. En bruker i en større østlandsby sier at han etter ca et halvt år med henting på apoteket i sentrum, nærmest forlangte å få hente på et mindre apotek i utkanten av byen. Dette så han på som viktig for å kutte all kontakt med sitt gamle miljø - noe *han* oppfattet som en forutsetning for endring for sin del.

Det er 4 typer problemstillinger knyttet til *kvalitetssikring i forbindelse med urinprøvekontroller*

- selve urinprøveavleggingen/leveringen
- hyppigheten av urinprøvekontroller
- hvilke stoffer urinprøven kontrolleres for
- hvorvidt urinprøveresultatene anvendes i oppfølgingen av LAR-brukeren

Avlegging av *urinprøver* skal foregå slik at den som får prøvene har full kontroll med prøveavleggingen. Avleggingen skal skje under påsyn, slik at det er sikkert at det er brukerens egen urin som leveres.

Det er relativt stor variasjon mellom regionene og fylkene mht hvor urinprøvene avlegges – se figur 24 nedenfor.



Figur 24. Urinprøveavlegging – Regioner og fylker.

I Oslo og i Vest-Agder avlegges vel halvparten av prøvene på LAR-senteret, mens de fleste prøvene i de andre fylkene avlegges på kommunale eller private legekontorer eller legesentre. Der statistikken sier "annet", avlegges prøvene bl a på kommunale helsestasjoner eller egne kommunale rustiltak.

Flere av våre informanter er usikre på om kontrollen er god nok der urinprøvene avlegges på legekontorer. Allmennlegeforeningen har også i en egen uttalelse (se nedenfor) ment at urinprøver ikke bør avlegges på legekontorer dersom de ikke har spesialutstyrt lokale og tilstrekkelig personale for dette.

Både intervjudata og statusdata indikerer at det er avvik ift om urinprøveresultater innhentes i tilstrekkelig grad, og mht om de faktisk anvendes (se kapittel 5 figur 13).

Den lokale (fast-)legens rolle

Legers ansvar i forhold til LAR-behandling er en del av plikten de har til å yte "nødvendig helsehjelp". Primærlege/fastlege kan ha to roller i forbindelse med LAR:

- Alle klienter som søkes inn i LAR skal ha en lege/fastlege. Legens navn oppgis i LAR-søknaden, og legen skal gjennomføre en helseundersøkelse ihht standard for LAR, og resultatene/legens rapport skal vedlegges søknaden
- Forskrivning av metadon eller buprenorfin for klienter som er inntatt i LAR – men hvor det ikke er LAR-senterlege som forskriver. Fastlegen kan være den som forskriver medikament fra oppstart i LAR – eller han kan overta forskrivningen for klient som "utskrives" eller "overføres" fra senter til kommune eller bydel.

Forskrivende lege har ansvar for å rekvirere og følge opp resultatene av urinprøver, og for den medisinsk-faglige oppfølgingen av LAR-brukeren

En del av de fastlegene som står for forskrivning har også det praktiske arbeidet med urinprøvekontroller (se ovenfor).

Det har i alle regioner vært utfordringer knyttet til de lokale legenes deltakelse i LAR. Problemene har vært tosidige:

- Det har vært vanskelig å få lokale leger til å delta i LAR.
- Noen leger kan gå ut over retningslinjer og anbefalt praksis mht dosering, samt forskrivning av andre medikamenter når brukeren er i LAR

Det er blitt klart lettere å få lokale leger med i LAR etter fastlegeordningen og innføring av egne trygderefusjonstakster for ulike legeoppgaver i forbindelse med LAR (konsultasjon, ansvarsgruppedeltakelse, urinprøvetaking), men fortsatt er det et problem å få tak i nok leger i enkelte fylker.

Grunnen til vegring hos en del leger synes å være at rusmisbrukere oppleves som "vanskelige pasienter", bl a fordi de ofte er tidkrevende, ikke møter opp som avtalt, ikke betaler egenandel eller har adferd og utseende som ikke passer i et vanlig venteroms- og legekontormiljø. Det rapporteres også at en del leger som vegrer seg for å ta LAR-pasienter gjør det fordi de har hatt negative erfaringer med rusmisbrukende pasienter, bl a med press og manipulering i forbindelse med forskrivning (Skeie, I 2003).

Det er imidlertid tydelig at de lokale legenes vilje til å delta i LAR varierer også avhengig av lokale og individuelle holdninger. I noen fylker har viktige meningsbærere blant legene vært tydelige motstandere. Men det er også eksempler på at enkeltleger har spilt en viktig rolle som pionerer, fordi de mener LAR er et viktig tilbud og fordi de er interessert og engasjert. Etter hvert som de har fått erfaring, har de påvirket andre leger til å være med.

De fylkene som fortsatt har problemer med å få nok leger til å delta i LAR er særlig Oslo, Aust-Agder og fylkene i Vest-regionen, dvs fylker der forskrivningen fra starten har vært gjort sentralt. Dette har ført til at det har vært vanskelig å desentralisere forskrivningen her, også etter at brukeren er stabilisert. I de øvrige fylkene er det etter hvert blitt lettere å få med fastlegene i ordningen, men det er fortsatt mange steder ujevn belastning – dvs at enkelte leger har mange og andre har få eller ingen LAR-brukere.

Noen kommuner og bydeler har valgt å betale eller garantere for LAR-brukerens egenandel til legekonsultasjoner i forbindelse med LAR, som ekstra motivasjon til å få legene med.

Det synes å være viktig at de lokale legene oppfatter at de har noen å støtte seg til og hente informasjon og rådgivning fra. Støtten kan være lokal (LAR-team, lokal "spesialist", kompetent kommunelege etc.) LAR-sentrene oppfattes i hovedsak som tilgjengelige og gode rådgivere i forhold til henvendelser fra enkeltleger.

Det er store variasjoner mht i hvilken grad den foreskrivende legen involverer seg i det løpende arbeidet med klienten utover det å skrive ut medisinen og rekvirere urinprøver. Noen kommuner uttaler at de lokale legene gjør seg godt tilgjengelige for LAR og at de gjør en stor innsats, også for LAR-brukerens somatiske og psykiske helse og generelt i forhold til rehabiliterings- og ansvarsgruppearbeidet. Andre kommuner melder at leger som har LAR-pasienter ikke prioriterer dette arbeidet nok og bruker minst mulig av sin tid til oppfølging.

Et annet problem med leger involvert i LAR er at de kan gå utover retningslinjer og anbefalt praksis mht forskrivning av andre medikamenter, som benzodiazepiner. Inntrykket er at man både i kommune-, i fylke- og i regionsammenheng har lite å stille opp med for å korrigere lokale legers arbeid med LAR-pasienter, annet enn rådgivning. De fleste LAR-sentre oppfatter at det er en helt frivillig sak for en lokal lege å ta imot råd og korrigerende fra senteret. Det gis også uttrykk for at det er de legene som allerede

har en akseptabel praksis, og som minst trenger veiledning, som er mest mottakelig for råd. I Midt-Nord synes det imidlertid som de lokale legene styres i nokså stor grad fra MARIT-senteret, både når det gjelder forskrivning av LAR-medikamenter og forskrivning av andre preparater. Allmennpraktiserende legers forening har i 2002 avgitt en egen uttalelse om allmennlegenes deltakelse i LAR. I sammendraget i denne uttalelsen står det bl a:

Ansvar for behandling av tungt belastede rusmisbrukere bør være forankret i den kommunale sosialtjenesten med støtte fra spesialiserte ruskliniker på region- og fylkesnivå. Allmennlegen bør medvirke aktivt til at rusmisbrukere får nødvendig helsehjelp. "Forskrift om individuelle planer" som trådte i kraft 1. juli 2001 bør være utgangspunkt for allmennlegens deltakelse i behandling av narkomane som er aktuelle for legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Følgende områder er mulige arenaer for allmennlegens deltakelse:

- Å ta initiativ til vurdering av hvorvidt LAR kan være indisert for en gitt rusmisbruker
- Å delta i ansvarsgruppemøter som ledd i oppfølgingen av LAR
- Å stå for forskrivning av metadon til utlevering på apotek dersom dette er ønskelig
- Å vurdere urinprøveresultater dersom dette er ønskelig
- Å bidra til at pasienten får nødvendige trygdeytelser

Det uttales også at utdeling av medikamenter og kontroll av inntak ikke hører hjemme på et allmennlegekontor, og at legekantorene heller ikke bør stå for urinprøvetaking hvis de ikke har spesialutstyrt lokale og personellressurser til dette.

6.3.2 Vurdering

Organiseringen av arbeidet rundt LAR-brukeren har to ulike formål:

- Gi brukeren tilbud, muligheter og støtte
- Sikre kravsetting og kontroll iht rammer og retningslinjer for LAR

Kravet om ansvarsgruppe har vært et viktig organisatorisk grep for å sikre samordnet innsats for og oppfølging av den enkelte LAR-bruker. Dette kravet har ført til at organiseringen og samordningen av rehabiliteringsarbeidet for LAR-brukere er bedre enn det som er vanlig for mange andre rusmisbrukere.

De pragmatiske løsningene som er utviklet lokalt for utdeling av medikamenter og avlegging av urinprøver har også vært viktige og nødvendige for å få gjennomført og bygget ut LAR-tilbudet til dagens nivå.

Det er imidlertid noen viktige forhold knyttet til organiseringen av arbeidet rundt brukeren som er problematiske:

- I de tilfellene der LAR-senteret holder (for) lenge på brukerne – dvs selv står for det medisinsk-faglige, og kanskje også det sosialfaglige arbeidet overfor brukeren – kan det lett føre til at kommune eller bydel ikke tar sin del av ansvaret, slik at det totale rehabiliteringsarbeidet ikke blir tilstrekkelig samordnet og lokalt forankret, samtidig som heller ikke LAR-kompetansen bygges opp lokalt. Det er også et tankekors at der det fra starten har vært sentral forskrivning ser det ut til å være mye vanskeligere å få lokale leger til å overta, enn der forskrivningen fra starten måtte gjøres lokalt.
- I andre tilfeller, der LAR-senteret har overlatt *alt* til lokale aktører og ikke deltar i ansvarsgruppene eller på annen måte har løpende kontakt med det arbeidet som

foregår lokalt, blir det store rom for avvik i forhold til viktige forutsetninger og krav, både når det gjelder de lokale legenes praksis, innsatsen i det sosiale rehabiliteringsarbeidet og kravsettingen i forhold til brukeren.

- Når forskrivende lege ikke tar tilstrekkelig ansvar for "hele" LAR-brukeren, får brukeren ikke den medisinske innsats og oppfølging han/hun har krav på. Dette kan gjelde både når forskrivningen skjer sentralt og lokalt
- Dersom kontrollen ved medikamentutdelingen ikke er tilstrekkelig, f. eks ved utilstrekkelig kontroll med inntaket eller at "ta med hjem"-doser tillates uten tilstrekkelig sikring av at brukeren faktisk inntar medikamentet som forutsatt, blir det rom for at metadon og buprenorfin blir solgt og kommer på avveie.
- Dersom kontrollen ved urinprøvetakingen ikke er tilstrekkelig, er det rom for å fuske med prøvene slik at en ikke får en reell kontroll med brukerens inntak av metadon/Subutex og eventuelle rusfremkallende stoffer. Det at urinprøvekontroll faktisk gjennomføres og at urinprøveresultater anvendes i forbindelse med oppfølgingen av brukeren, kan også svikte dersom lokale opplegg gir rom for avvik.

Disse store og til dels problematiske variasjonene i organiseringen rundt brukeren er tegn på at det er behov for å presisere og sikre kravene til organiseringen rundt brukeren tydeligere enn det som er gjort til nå.

6.4 Er den statlige styringen hensiktsmessig organisert og utført ?

En effektiv styring er avhengig av at det

- er etablert hensiktsmessige roller for og relasjoner mellom de respektive aktørene
- finnes hensiktsmessige styringsinstrumenter og rapporteringsrutiner
- er etablert hensiktsmessige prosesser for styring, rapportering, læring og utvikling

LAR er forutsatt å være en del av den ordinære helse- og sosialtjenesten. Tilbudet er samtidig begrenset til brukere som er tatt inn i "godkjente" tiltak, og LAR er derfor også et spesialtiltak med egne statlige reguleringer slik:

Departementet godkjenner LAR-sentre med hjemmel i utleveringsforskriftens § 2-1 3.ledd bokstav d, som regulerer at legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk bare kan rekvireres (forskrives) til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av Helsedepartementet (før 2002: Sosial- og helsedepartementet). Tilgangen til tjenesten er regulert gjennom særskilte rundskriv. LAR-sentrene vurderer søknader (fra 2004 henvisninger) til LAR-behandling, godkjenner plan for helhetlig rehabiliteringsopplegg for den enkelte og fatter beslutninger om inntak i og utskrivning fra behandlingen ihht kriterier fastsatt i rundskrivene.

Overordnede mål og rammer for LAR er gitt gjennom Stortingets behandling av narkotikapolitikken. LAR ble i gang etter Stortingets behandling av sosialkomiteens innstilling nr 184 (1996-97). Den øverste ansvarlige myndighet for LAR er lagt til Helsedepartementet (fram til 01.01.2002 Sosial- og helsedepartementet).

Den mer detaljerte og faglige statlige styringen skjer gjennom to fagorganer: Sosial- og helsedirektoratet som har ansvar for innhold, faglige rammer og organisering, og Helsetilsynet som har ansvar for tilsyn med sosial- og helsetjenesten. Ansvar for å sikre det faglige innholdet i tjenesten er lagt til den enkelte tjenesteyter.

Etter etableringen av regionale helseforetak (RHF) og omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 2002 er ansvarsfordelingen og styringslinjene mellom Helsedepartementet, SHdir og RHFene presisert slik (sist konkretisert i mai 2004):

Det skilles mellom *eierstyring* og *myndighetsstyring*. Eierstyringen av RHF-ene skjer gjennom Helsedepartementets Eieravdeling. Myndighetsstyringen koordineres gjennom departementets Helsetjenesteavdeling, og utøves gjennom Sosial- og helsedirektoratet. I myndighetsstyringen skal det også påses at det er nødvendig ansvarsklarhet og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratets rolle som fagdirektorat innebærer å ha ansvar for å

- Følge situasjonen i befolkningens helsetilstand og utviklingen i helsetjenesten og gi råd om strategier og tiltak til departementet og til tjenesteyterne
- På utvalgte områder sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende for tjenestens arbeid. Kunnskaps-oppsummeringer og medisinske metodevurderinger fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ligge til grunn når direktoratet gir nasjonale retningslinjer for helsetjenesten
- Være en kompetanseorganisasjon som myndigheter og tjenestene kan henvende seg til

Direktoratet er gitt myndighet til å forvalte (administrere og fortolke) sosial- og helselovgivningen på vegne av departementene. I prinsipielle spørsmål som innebærer viktige helsepolitiske uttalelser skal saken forelegges aktuelt departement. Direktoratet har ansvar for å sikre at vedtatt helsepolitikk iverksettes på de bestemte områder og etter de retningslinjer som departementet gir.

6.4.1 Beskrivelse

De viktigste statlige styringsredskapene har vært:

- Framleggelse og behandling av Stortingsmeldinger om ruspolitikken
- Forskrifter og rundskriv for LAR-arbeidet og håndtering av medikamenter i LAR
- Anbefalinger, veiledere og faglige retningslinjer fra SHdir (Helsetilsynet før 2002)
- Organisering av de statlige LAR-sentrene og regulering av deres inntaksmyndighet.
- Bevilgninger/tildelingsbrev til LAR-sentrene
- Bevilgninger til spesielle LAR-prosjekter i en del kommuner

Informasjon som grunnlag for denne styringen er formidlet bl a gjennom

- Årsmeldinger fra LAR-sentrene
- Nasjonal produksjonsstatistikk – produsert pr tertial siden 2000
- Nasjonal "statusrapport" basert på data innsamlet fra (de fleste) brukernes primærkontakter – årlig fra 2002 ved UiO
- Nasjonale og regionale LAR-konferanser
- Nasjonale kontaktmøter med senterlederne og representanter for helse- og sosialmyndighetene

De nasjonale kontaktmøtene har også drøftet og gitt tilslutning til nasjonale "konsensusveiledere" på ulike områder av LAR-behandlingen.

Organiseringen av LAR-sentrene og fastsettingen av hvem som skal ha inntaksmyndighet er styrt gjennom departementets godkjenning av de enkelte sentre. Godkjenningen omfatter myndighet til å ta inn og skrive ut pasienter i tråd med retningslinjene i forskrifter og rundskriv.

Region VEST ble besluttet delt på bakgrunn av økende ventelister i regionen og politiske initiativ pga dette. Delingen ble varslet i St prp nr 1 Tillegg nr 4 (2001-2002), og Stortinget sluttet seg til dette.

En *kronologisk oppsummering av noen viktige styringsgrep* er (noen av disse dokumentene er omtalt i kapittel 3.1):

- Forskrift av 27.04.1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, som regulerer legers rett til rekvirering.

En endring i forskriften 01.01.2001 innskrenket legers rett til rekvirering av vanedannende legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbruk.

Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler (IK-2755) gir mer detaljert veiledning og har vært mye brukt.

- Rundskriv I-25/98 – som regulerte organisering, ansvarsforhold, inntakskriterier og inntaksprosedyrer og utskrivningskriterier Rundskrivet inneholdt også noen "veiledende kommentarer" angående en del av bestemmelsene i rundskrivet
- Rundskriv I 35/00 – som erstattet rundskriv 1-25/98 og presiserte målgruppe, ansvarsforhold og kriterier for inntak og utskrivning. De viktigste endringene i forhold til forrige rundskriv var

Endret målformulering slik (nye ord i *kursiv*): oppnå rusfrihet, *bedret livskvalitet og – så langt mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering*

Endret inntakskriterium fra *minst 10 år vedvarende opiattdominert misbruk til langvarig misbruk som på søkertidspunktet og over flere år er klart opiattdominert*

Fra *metadonassistert* til *legemiddelassistert*

- Rundskriv I-33/01 – som presiserte den lokale sosialtjeneste og de lokale fastlegenes ansvar i LAR-arbeidet. Presiseringene er basert på Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2001 og omtales i rundskrivet som en ny modell som i større grad tilrettelegger for LAR i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunene. Målet med dette er å øke kapasiteten slik at ventetiden kortes ned og flere kan omfattes av tilbudet. Rundskrivet presiserer at LAR er å anse som nødvendig helsehjelp etter lov om kommunehelsetjenester, og går særlig detaljert inn på den lokale legens (fastlegens) ansvar og oppgaver i forbindelse med LAR.
- Anbefaling fra MARIO mai 2003 om innskjerpete rutiner for dosering og utlevering av legemidler i LAR. Anbefalingen ble utarbeidet på bakgrunn av at Sosial- og helsedirektoratet i november 2002 tok opp problemet med økende antall metadonrelaterte dødsfall i det regionale kontaktmøtet med LAR-sentrene. Anbefalingen fokuserer bl a på hva som bør gjøres for å hindre at LAR-brukere selger deler av medikamentene videre, og peker på at de regionale tiltakene har rett og plikt til å følge opp sikring av forsvarlige rutiner.
- Brev fra Sosial- og Helsedirektoratet til Fylkesmannen i Oslo i juni 2003 som drøftet allmennlegenes plikter og rettigheter i forhold til å delta i LAR. Brevet ble

skrevet på bakgrunn av at mange allmennleger reservert seg mot å delta i LAR. I brevet presiserte direktoratet at

- kommunen plikter å legge til rette for LAR som nødvendig helsehjelp
- intensjonen er at dette skal følge fastlegelisteansvaret, men det vil neppe være tjenlig å pålegge fastleger å delta i LAR
- det arbeides med tiltak for å lære opp fastleger som kan få oppfølgingsansvar for LAR-pasienter ved utskrivning til kommunehelsetjenesten
- kommunene inntil videre bør søke å finne løsninger ut fra lokale ressurser, eller benytte de styringsmuligheter som ligger i fastlegeavtalen – men gjennom drøftinger i lokalt samarbeidsutvalg/allmennlegeutvalg forut for forhandlinger med den enkelte lege

Direktoratet har senere i brev til Helsedepartementet i mai 2004 om generell styrking av kompetanse i helsetjenesten overfor rusmiddelmissbrukere foreslått flere tiltak for å styrke fastlegenes kompetanse og deltakelse i LAR.

- Rundskriv I-5/03 – som presiserer hva som skal ligge til grunn for unntak fra inntakskriteriene

Presiseringene begrunnes i rundskrivet med at kriteriene tolkes strengt og at adgangen til å gjøre unntak fra kriteriene ikke ser ut til å bli praktisert. Rundskrivet peker særlig på adgangen til å gjøre unntak fra alderskriteriet "dersom en samlet vurdering tilsier det". Vurderingen bør iht rundskrivet legge vekt på bl a helsetilstand, psykiske lidelser, fare for å tape omsorgsrett for /samværsrett med barn, og destruktiv adferd som f eks selvskading, hyppige overdoser og prostitusjon.

Rundskriv I-33/01 ble av mange av aktørene oppfattet som en liberalisering av inntakskriteriene, eller i hvert fall som et signal om å praktisere kriteriene mindre strengt.

Tilbakemelding fra og dialog med regionale og lokale aktører har skjedd på mange ulike måter. I tillegg til produksjonsstatistikken og (fra 2002) den nasjonale statusundersøkelsen, har nasjonale og regionale konferanser vært viktige kanaler både for tilbakemelding og dialog.

Særlig har *Nasjonalt kontaktmøte for LAR-regionene* fungert som viktig samordnings- og planleggingsforum på nasjonalt nivå. Notatet "MAR i Norge", utarbeidet høsten 2002 av en gruppe nedsatt av dette kontaktmøtet, inneholder viktige beskrivelser og drøftinger og var ment som grunnlag for avklaring av mål og rammer for den videre utviklingen av LAR. Notatet ble lagt fram på nasjonalt kontaktmøte høsten 2003 og med enkelte justeringer vedtatt som grunnlag for regionsentrenes videre planlegging. Notatet ble også sendt til sentralmyndighetene "til bruk i arbeidet med reformer og retningslinjer innen rusfeltet". I den sammenhengen påpekte kontaktmøtet at det var uenighet på enkelte områder – særlig i synet på skadereduksjonsperspektivet.

Bl a som følge av dette notatet utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet i 2003 en *faglig tilråding* til Helsedepartementet om LAR. Tilrådingen er basert på en grundig gjennomgang av internasjonal forskning, og foreslo bl a følgende grunnlag for framtidige faglige retningslinjer (sitat):

- Etablert opiatavhengighet etter ICD-10
- Medikamentfri behandling med sikte på å ha oppnådd opioiduavhengighet skal være forsøkt
- Samlet vurdering av rusfrihet, bedret livskvalitet og grad av rehabiliteringsinnsats bør ligge til grunn for behandlingen. Behandlingen må ha klare behandlingsmål, og manglende behandlingseffekt kan føre til utskrivning. Urinprøvetaking er et av flere verktøy for å vurdere effekt
- Ved stabilisering skal pasienten tilbakeføres til primærhelsetjenesten. Dette forutsetter tilstrekkelig kompetanse og samarbeid og mulighet for tilbakeføring til spesialistnivået ved behov
- Ta-med-hjem-metadon må reguleres strengt. Det bør utarbeides egne retningslinjer for å forhindre lekkasjer

Tilrådingen er ikke realitetsbehandlet i Helsedepartementet.

Penger til LAR er bevilget gjennom årlige tildelingsbrev til sentrene og egne tilskuddsbrev til kommuner som har fått tilskudd til spesielle prosjekter.

Bevilgningene til de regionale sentrene er delt i forhold til drift og investeringer, og ift legemidler, og gitt gjennom egne "tildelingsbrev" som inneholder generelle forutsetninger knyttet til bevilgningen. Utviklingen i bevilgningene har vært som vist tabell 15 nedenfor. (Tabellen viser tildelte midler. Det har vært anledning til å søke om å omdisponere midler mellom poster eller overføre midler fra ett år til det neste.)

Tabell 15.

Bevilgninger til LAR 1999-2003						
År	Til drift		Til legemidler		Sum	
	Mill kr	Kr pr bruker *)	Mill kr	Kr pr bruker *)	Mill kr	Kr pr bruker *)
1999	38	74 000	11	21 000	49	95 000
2000	42	39 000	39	36 000	81	75 000
2001	43	29 000	52	35 000	95	64 000
2002	54	27 000	89	45 000	143	72 000
2003	59	24 000	103	42 000	162	66 000

*) Brukere pr 31/12

Både driftsbevilgningen (antall stillinger) og bevilgningen til legemidler har, i hvert fall i de siste årene, begrenset kapasiteten i sentrene, jfr kapittel 3.2 foran. Sentrene er finansiert gjennom særskilte øremerkede tilskuddsmidler bevilget i statsbudsjettet. Etter påtrykk fra sentrene (og SHdir) har det ofte vært gitt tilleggsbevilgninger i revidert nasjonalbudsjett, først og fremst til legemidler, men også i enkelte tilfeller til "drift". SHdir har overfor Helsedepartementet påpekt at det i lys av pasientrettighetsloven er problematisk at personer som er tatt inn i LAR, må vente med oppstart pga manglende penger til legemidler.

Fra 2002, da Helsedirektoratet ble delt i en tilsynsdel og en direktoratdel, er *Helsetilsynets* rolle avgrenset og presisert til å være en ren tilsynsrolle

Helsetilsynet skrev i februar 2004 en "bekymringsmelding" om LAR til Helsedepartementet. Tilsynet pekte der bl a på de store geografiske forskjellene i tilgjengeligheten og utformingen av LAR. Tilsynet stiller også spørsmål ved om

kontrollen og sikkerheten rundt forskrivning og utlevering av legemidler er tilstrekkelig. Tilsynet peker på at økningen i metadonrelaterte dødsfall blant rusmisbrukere utenfor LAR indikerer at denne kontrollen ikke er god nok, og at dette kan tyde på manglende kapasitet og ressurser i LAR-sentrene.

Helsetilsynet har også grepet inn med tilsynssaker overfor leger som har forskrevet vanedannende legemidler utenfor LAR.

6.4.2 Vurdering

Selv om det fortsatt er betydelige flaskehalser flere steder, har staten klart å få til en meget stor og rask økningen i volumet i LAR-tilbudet siden oppstarten for 4-5 år siden.

Det ble tidlig klart at behovet var vesentlig større enn det man opprinnelig planla for. Vårt inntrykk er imidlertid at den volumøkningen som er oppnådd, er skjedd mer som en reaksjon på det årlige innsøkningspresset enn som et resultat av overordnet strategisk planarbeid med grunnlag i en systematisk behovsvurdering.

De store variasjonene i organisering, innhold og tilgjengelighet, og de konsekvensene av dette som er beskrevet i kapittel 6.2 og 6.3 foran, er uttrykk for at LAR har fått utvikle seg i hver enkelt region uten mye inngripen fra overordnet statlig hold. Her vil vi spesielt peke på følgende uheldige forhold:

- En vesentlig del av de uakseptabelt lange ventelistene og ventetidene etter inntak skyldes ulik praksis og ulike arbeidsformer og dermed også ulik "produktivitet" (antall LAR-brukere pr stilling) i LAR-sentrene. Når dette innebærer at tilgangen til LAR varierer så sterkt avhengig av hvor i landet en bor, er ikke LAR et likeverdig landsomfattende tilbud. Når LAR nå også er definert som nødvendig helsehjelp er disse forskjellene enda mindre akseptable.
- Tross forsøk på presisering i flere rundskriv er det fortsatt ulik fortolkning og praktisering av inntaks- og utskrivningskriteriene. Sosial- og helsedirektoratets faglige tilråding fra 2003 var ment å presisere både dette og kravene til innholdet i behandlingen. Når denne tilrådingen ikke er realitetsbehandlet og det ikke er avklart hva som skal være akseptabelt "slingsringsmonn" her, innebærer også dette at LAR ikke er et likeverdig tilbud i hele landet.
- Den økende mengden metadonrelaterte overdosedødsfall blant rusmisbrukere utenfor LAR, betyr at det må være mye metadon på avveie. Det tyder på at det er behov for en enda tydeligere og strengere oppfølging av kontrollregimene enn det som er tilfelle.
- Tildelingsbrevene til de statlige LAR-sentrene inneholder lite styringssignaler utover størrelsen på bevilgningene til hhv drift og medikamenter. Slik sentrenes årsmeldinger varierer både mht form og innhold, ser det ut som det heller ikke er gitt instruksjoner om hva sentrene skal rapportere om i årsmeldingene.
- Det er ikke satt opp klare krav til hva som skal registreres og rapporteres til sentralmyndighetene når det gjelder kvalitetssikring og kontroll regionalt og lokalt. Det er heller ikke presisert hvilken rolle og hvilket ansvar LAR-sentrene har i forhold til kvalitetssikringen av det lokale arbeidet. Det innebærer at den samlede kvalitetssikringen i LAR ikke er god nok. Dette kan bidra både til at LAR utvikler seg uheldig noen steder, og til at LAR som helhet får dårlig omdømme.

En god del av de problemene vi har påpekt i denne evalueringen ble påpekt i rapporten MAR i Norge for snart to år siden. En del av dem ble også påpekt i Vindedals rapport "Metadonassistert rehabilitering i Norge" fra 2000.⁶¹

Sosial- og helsedirektoratets faglige tilråding i 2003 og Helsetilsynet "bekymringsmelding" vinteren 2004 er begge viktige innspill fra fagmyndighetene om disse problemene. Det at disse innspillene til nå ikke har ført til tydeligere styringsgrep fra overordnet nivå synes å ha skapt ytterligere usikkerhet blant LAR-aktørene. Det er derfor viktig at Helsedepartementet nå gir tydelige styringssignaler til RHFene om hvordan LAR skal utvikles videre i hver enkelt helseregion.

Statens styring av de lokale legene i forhold til LAR byr også på utfordringer. Avklaringen av fastlegenes rolle gjennom rundskriv I-33/01 bidro klart til å lette problemene med å få lokale leger med i LAR-arbeidet i mange fylker. Det er likevel et tankekors at det tross mange kompetansehevende og motiverende tiltak fortsatt er vanskelig å få lokale leger med mange steder, og at et så stort antall leger kan reservere seg mot å delta i LAR begrunnet med manglende spesialkompetanse. Det er også et tankekors at LAR-sentrenes faglige ansvar ikke omfatter myndighet til å instruere eller korrigere lokale leger i deres eventuelle LAR-arbeid.

6.5 Er det innebygd tilfredsstillende systemer for kvalitetssikring og resultatoppfølging?

Kvaliteten i LAR-arbeidet avhenger av mange ulike faktorer – bl a:

- Kompetanse og holdninger hos enkeltpersoner
- Dokumentasjon av behandlingstilbud og arbeidsmåte
- Ressurser og tid til arbeidet i alle ledd
- Sikrings- og kontrollrutiner i alle ledd

Kompetanseoppbyggingen hos ulike LAR-aktører er vurdert nærmere i kapittel 6.6.

Statens nasjonale rolle i kvalitetssikring og resultatoppfølging av LAR er omtalt i kapittel 6.4 om statlig styring. Statlige forskrifter, rundskriv, veiledere og anbefalinger er viktige elementer i den overordnede forebyggende kvalitetssikringen av LAR. De faglige drøftingene i nasjonale konferanser og de veilederne som kommer ut gjennom faglig konsensus i disse konferansene må også ses som viktige i en nasjonal kvalitetssikring av LAR.

I kapittelet her fokuseres på kvalitetssikringen og resultatoppfølgingen på lokalt nivå og i LAR-sentrene.

6.5.1 Beskrivelse

Kvalitetssikring og resultatoppfølging rundt den enkelte LAR-bruker

De detaljerte inntakskravene og kravene til tiltaksplan og ansvarsgruppe er viktige grep for å sikre kvaliteten i LAR for den enkelte bruker.

Utviklingen i den enkelte LAR-brukernes rusmestring skal kontrolleres og dokumenteres for hver enkelt bruker gjennom urinprøvekontrollene.

⁶¹ Bente Vindedal: "Metadonassistert rehabilitering i Norge – Statusrapport 2000 til Sosial- og helsedepartementet".

Gjennom Statusundersøkelsen (UiO 2002, 2003) dokumenteres en rekke forhold om LAR-brukerne. Deler av dette er rene resultater – f eks rusmestring, mens andre forhold som dokumenteres både kan være resultater og kjennetegn knyttet til brukerne uavhengig av LAR. Denne undersøkelsen gir imidlertid bare tverrsnittsdata, ikke data som kan beskrive utviklingen for den enkelte bruker.

Kvalitetssikring og resultatoppfølging i LAR-sentrene

Kvalitetssikringen i LAR-sentrene kan deles i

- kvalitetssikring av det kliniske arbeidet rettet mot enkeltbrukere
- kvalitetssikringen av senterets arbeid på systemnivå

Alle LAR-sentrene har god *kompetanse på klinisk nivå*, som er en grunnleggende forutsetning for kvalitet i arbeidet. Den betydelige faglige uenigheten om viktige spørsmål mellom ulike sentre betyr imidlertid også at det er uenighet om hva som er "god kvalitet" i LAR.

Det synes som *kompetansen på systemnivå* er mer varierende. Det er i hvert fall klare forskjeller mellom sentrene mht hvor godt de har dokumentert sine egne prosedyrer og rutiner. Det ser også ut til å være forskjeller mht hvor godt de systematisk veileder, følger opp og bygger/vedlikeholder kompetansen i kommunene og hos lokale aktører.

Noen sentre har meget detaljerte beskrivelser både av sitt eget arbeid og av det arbeidet som forutsettes gjort lokalt. Andre sentre har bare spredte og mer tilfeldige beskrivelser. Det er ikke etablert noen gjennomgående "nasjonal" standard for hva slike prosedyrebeskrivelser i LAR-sentrene bør omfatte eller inneholde.

Når det gjelder veiledninger for og prosedyrebeskrivelser av det medisinske arbeidet i LAR er det i noen regioner utgitt lokale (regionale) veiledere som supplement til de veilederne som er utgitt nasjonalt.

Kvalitetssikringen i *inntaket* dreier seg først og fremst om hvordan sentrene sikrer at brukeren virkelig oppfyller inntakskriteriene. En særlig viktig del av dette er å fastslå om brukeren virkelig har et klart opiattdominert misbruk. Sentrene anvender bare i begrenset grad systematiserte diagnostiseringsverktøy.

LAR-sentrene har også ulik grad av innsyn i og kontroll med kvalitetssikringen av *medikamentutdeling og urinprøvetaking*. Det er forskrivende lege som har ansvar for hvordan kontrollen legges opp for hver enkelt bruker, og LAR-sentrenes innsyn i dette er avhengig av i hvilken grad de deltar i ansvarsgruppene og i hvilken grad de har etablert konkrete rapporteringsrutiner fra den lokale legen inn til senteret.

Også når det gjelder *resultatoppfølging* er det store variasjoner mellom LAR-sentrene. De sentrene som deltar aktivt i ansvarsgruppene får gjennom dette innsikt i utviklingen hos den enkelte bruker. Der senteret ikke deltar i ansvarsgruppene får senteret ikke den samme innsikten. Sentrene har også i ulik grad etablert rutiner for å registrere, dokumentere og analysere utviklingen til brukerne ut over det som er nødvendig for å rapportere til produksjonsstatistikken.

Kvalitetssikring og resultatoppfølging i kommunene

Kompetansen på LAR-arbeid i kommunene varierer, men i de fleste kommuner som har noen års erfaring med LAR er det nå relativt god kompetanse.

I kommunene er det meget stor variasjon mht *beskrivelser av prosedyrer og rutiner* i LAR-arbeidet. Noen kommuner har etter hvert utarbeidet relativt detaljerte beskrivelser, noen har begynt med, men ikke fullført et slikt arbeid, og noen kommuner har ikke skriftlige prosedyrebeskrivelser om LAR i det hele tatt.

Også *resultatoppfølgingen* i kommunene varierer. Noen kommuner har god oversikt over utviklingen hos brukerne, andre har det ikke. Det synes som det bare unntaksvis er etablert rutiner for å oppsummere og rapportere resultatene av LAR til de styrende organene i kommunen.

6.5.2 Vurdering

Bruken av tiltaksplaner og ansvarsgrupper er vurdert i kapittel 5 foran. Der framgår det at bruken varierer. I kvalitetssikringssammenheng må det pekes spesielt på at tiltaksplanene en del steder ikke er realistiske og/eller ikke brukes som aktivt styringsredskap, og at regionsenter ØST bare deltar i ansvarsgrupper der brukeren er forankret direkte i regionsenteret.

LAR-sentrenes rolle som godkjenningssinstans og kompetansesenter er et viktig grep for å sikre kvaliteten i LAR-arbeidet - også den delen av arbeidet som gjøres lokalt. Sentrene har – i hvert fall i noen regioner - spilt en avgjørende rolle i å bygge opp og sikre denne kvaliteten.

Men som påpekt i kapittel 6.4.3 foran er det problematisk at det ikke er presisert tydeligere hvilken rolle og hvilket ansvar LAR-sentrene har i forhold til kvalitetssikringen i det arbeidet som gjøres lokalt, og at det ikke er satt opp klare krav til hva som skal registreres og rapporteres til sentralmyndighetene når det gjelder kvalitetssikring og kontroll både regionalt og lokalt. Det betyr at både kvalitetssikringen og resultatoppfølgingen varierer mellom de ulike regionene, slik at det ikke er mulig å si at LAR er et likeverdig tilbud i alle deler av landet.

Kommunelegene kunne hatt en langt tydeligere rolle som kvalitetssikrer i det lokale LAR-arbeidet, jfr at LAR er "nødvendig helsehjelp". Her kunne "Bærumsmodellen" (se kapittel 3.3) vært et mønster til etterfølgelse i alle kommuner.

Oppsummert bør det kunne stilles langt tydeligere krav til LAR-sentrene om hvordan de skal dekke sin kvalitetssikrings- og resultatoppfølgingsrolle. Særlig bør det stilles tydeligere krav til kvalitetssikringen og oppfølgingen på systemnivå. Det bør også avklares bedre hvordan kvalitetssikringen av sentrenes eget kliniske arbeid skal foregå.

6.6 Er det bygd opp kompetanse i sentrale, regionale og lokale organer?

LAR-kompetanse har flere ulike sider: Fordi LAR er et tverrfaglig behandlingsopplegg trengs kompetanse på mange ulike områder. Først og fremst trengs medisinsk/farmakologisk og sosialfaglig/psykososial kompetanse. Men det å utvikle og drive et flerfaglig opplegg som også krever innsats fra både 1 linje og 2 linje, krever også en betydelig "styrings- og samhandlingskompetanse". En form for "systemkompetanse" er nødvendig for å sikre fornuftig organisering, hensiktsmessig samarbeid og arbeidsdeling mellom senter og lokalt nivå, involvering av ulike aktører etc.

6.6.1 Beskrivelse

Både *nasjonalt kompetansesenter* (tidligere MARIO) og *de regionale sentrene* har bidratt til å utvikle og formidle stadig mer kunnskap om LAR. Kompetanseutviklingen og formidling er skjedd både gjennom forskningsprosjekter, konferanser, kurs og ulike typer veiledere og håndbøker. Kompetansen både i nasjonale kompetansesenter og i de regionale LAR-sentrene er dermed gjennomgående meget god. Men som påpekt i kapittel 6.4 gjelder dette først og fremst den kliniske kompetansen – det ser ut til å være betydelige mangler når det gjelder "systemkompetansen".

Det er også etter hvert bygd opp mye LAR-kompetanse i mange *kommuner*. Dette varierer imidlertid en god del fra kommune til kommune og er avhengig både av organisering, kapasitet, rekruttering av personale med spesiell ruskompetanse og lokale holdninger og interesser.

Mange regionsentre har bidratt meget aktivt til denne kompetanseoppbyggingen lokalt. Mye er gjort gjennom veiledning og dialog i søknadsfasen og mye gjennom det løpende arbeidet i ansvarsgruppene. En del kommuner har imidlertid funnet det mer hensiktsmessig å søke til andre kommuner eller andre aktører, enn sitt eget senter, for å hente kompetanse.

Mange *fastleger* og andre lokale leger har også ervervet seg betydelig kompetanse på LAR-arbeid. Men som nevnt i andre kapitler er det fortsatt mange fastleger som reserverer seg i forhold til LAR fordi de mener de ikke har den kompetansen som trengs, og fordi de mener den medisinske siden av LAR har mer karakter av spesialisthelsetjeneste som en allmenlege ikke bør være forpliktet til å ha ansvar for.

6.6.2 Vurdering

Samlet sett er det bygd opp betydelig kompetanse på LAR i løpet av de årene som er gått siden innføringen av LAR som landsomfattende tilbud. Den faglige uenigheten som fortsatt rår om viktige spørsmål bør oppfattes som uttrykk for høy – og ikke lav kompetanse. De nasjonale konferansene er viktige arenaer for de faglige diskusjonene og bidrar både til heving og spredning av kompetansen.

I kommunene har "læringskurven" vært bratt, særlig der forskrivning og hovedansvar for behandlingen har ligget på lokalt nivå fra dag 1.

Både i sentrene og i kommunene er kompetansen på det kliniske bedre enn på systembygging. Det er derfor behov for å styrke systemkompetansen i begge nivåer.

Det er også et behov for fortsatt kompetansebygging på den kliniske siden, først og fremst gjennom erfaringsinnsamling og tydelige "læringsløyper". Det ser ut til å være mest forskning og mest presist kunnskapsnivå om den medisinske delen av LAR, særlig farmakologiske virkninger av ulike medisineringsregimer og –doser. Det er mindre presis kunnskap og større behov for systematisk erfaringsinnhenting og dokumentasjon om effekten av ulike tiltak og arbeidsformer i det praktiske sosialfaglige arbeidet.

Det systematiske arbeidet for å gi flere fastleger kompetanse på LAR bør fortsette og intensiveres.

Etter hvert som antall LAR-brukere øker er det viktig å fokusere på spesialisthelsetjenestens (sykehusenes) kompetanse på å behandle pasienter som går på medikamenter under LAR når de legges inn for andre helseproblemer.

6.7 Oppsummering og drøfting

Organiseringen av LAR dreier seg om å ha en fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver som bidrar til at LAR er et likeverdig, effektivt og kvalitetssikret landsdekkende behandlingstilbud til alle som kvalifiserer for det ihht de inntakskriterier som gjelder til enhver tid.

Gjennomgangen foran viser at det er til dels store forskjeller mellom regionene når det gjelder organisering, styring, kapasitet og kvalitetssikring, og at det dermed ikke kan sies at LAR er et likeverdig tilbud i hele landet ennå.

Når spesialisthelsetjenesteansvaret for LAR nå er overført til RHFene er det behov for å tydeliggjøre RHFenes ansvar og oppgaver i arbeidet med å sikre og bygge ut LAR. Særlig bør det tydeliggjøres hvilken rolle RHFene skal ha i samspillet mellom 1.- og 2.-linjen i dette tverrfaglige og nivåovergrepene arbeidet. Dermed må det etableres en "senterstruktur" innenfor hvert RHF som er tilpasset denne rollen.

For en mer detaljert drøfting av disse forholdene vises til de enkelte vurderingskapitlene foran.

7 OMDØMME

Med LARs "omdømme" sikter vi til hvordan henholdsvis brukere og fagutøvere vurderer tiltaket. Hovedvekten vil bli lagt på virkemiddelbruk, utfall og utbytte for brukerne. Bruker- og utøverbvurderinger av behandlingsprosess og organisering er i alt vesentlig innarbeidet i kapittel 5 og 6 ovenfor.

Framstillingen i dette kapitlet bygger på intervjuene med sentrene, et utvalg kommuner og et utvalg brukere. Som understreket i kapittel 2.3 er kommuneutvalget bredt sammensatt, mens brukerutvalget ikke kan betraktes som representativt. Det er likevel vår oppfatning at brukerintervjuene gir verdifull informasjon som dels bekrefter og dels korrigerer fagutøvernes synspunkter.

7.1 Har brukerne positive erfaringer?

Mange brukere har gått inn i LAR med svært høye mål. Et flertall av brukerne har som mål å avvikle legemiddelet i løpet av noen år. Noen har forsøkt å seponere uten særlig hell, og satser nå på en forsiktig nedtrapping mot null over mange år. Andre tenker seg en halvering av dosen, og så kanskje en ny halvering, uten nødvendigvis å frigjøre seg helt fra medikamentet. Flere mener legemiddelet vil kunne hjelpe dem til å få orden på livet og få seg utdanning og arbeid, slik at de er rustet til et liv uten stofftilførsel.

"Jeg kan ikke bli lykkelig så lenge jeg tar metadon. Folk – og jeg selv – oppfatter det som jeg fortsatt er narkoman. Dessuten vet jeg hvor godt det er å være helt fri. Men jeg kan ikke slutte før jeg er helt sikker, og dessuten har et trygt sted å være for å ta den siste bøygen."

Andre er mer pessimistiske:

"Jeg vil jo helst kutte ut metadonen, men tror ikke jeg klarer. Jeg vil heller fortsette med metadon enn å havne på kjøret igjen – om så hele livet ut."

"Jeg begynte tidlig med dop – for over 30 år siden. Etter det har jeg enten levd på kjøret eller vært i behandling eller i fengsel. Det jeg ønsker meg nå er bare å få det noenlunde rolig og slippe mer kav og stress."

"Målet mitt er å få et helt vanlig liv for meg selv og vanlig økonomi slik at jeg kan beholde leiligheten min. Og så har jeg bestemt meg for at mamma skal slippe mer problemer på grunn av meg. Det med at vi skal tilbake til samfunnet liksom, er det noen som tror på det? Jeg orker ikke å gå på en vanlig kafé en gang, fordi jeg føler at alle ser hvem jeg er."

Enkelte ser ganske avslappet på det:

"Vi tar et skritt av gangen – nå er det sommer, da har vi tenkt å være mye ute og slappe av."

"Rusfrihet er ikke noe mål – det kan de bare glemme. Men vi vet hva vi har å forholde oss til, det er greit."

Brukerne har svært ulike historier å fortelle om utarbeidelsen og oppfølgingen av tiltaksplaner. Flere framhever at LAR har bidratt med et strukturert opplegg med en aktiv og stabil ansvarsgruppe, og at det har vært avgjørende for de framskritt de har gjort. I enkelte kommuner gir imidlertid samtlige brukere vi har intervjuet uttrykk for at de ikke har sett noe til noen handlingsplaner, eller at de planer som i sin tid ble lagt, ikke følges opp. Dette framholdes som et stort savn og en vesentlig mangel ved tiltaket.

"Handlingsplan ..? Nei ... Det var noen punkter i søknaden ... men alt fløt, iallfall inntil den nye kuratoren kom. Jeg har seilt min egen sjø."

"Det finnes ingen handlingsplan som jeg vet om. Jeg kommer hit og får medisin. Det er ingen oppfølging. Jeg tenkte selv at jeg skulle komme meg ut i arbeid, men vet ikke hva og hvordan."

"Tiltaksplanen har jeg stort sett skrevet selv. Den er aldri blitt revidert etter inntaket."

"Jeg har savnet en tiltaksplan. Det ordner ikke seg selv med Subutex. Ti prosent handler om rus, nitti prosent om å komme ut i samfunnet igjen. Det *må* være oppfølging, skole, arbeid – ellers går det rett vest. Hvis man går i det samme miljøet og sitter i samme sofa blir det ingen endring, bortsett fra at en får stoff fra staten. Mange går bare her, vil bare bli nøkterne og få utføretrygd. Folk må få høre at det finnes et annet liv! Du må ha en rådgiver, en som snakker med deg og legger opp en plan."

Disse brukerne har uten unntak forventet en mer systematisk innsats fra hjelpeapparatet. Den forventning som gjerne nevnes først, gjelder bistand til å komme i utdanning og arbeid, men mange peker også på et behov for å lære seg å styre en ordinær økonomi og - ikke minst – nødvendigheten av å få knyttet seg til nye sosiale nettverk.

"Jeg har lurt på hva LAR er – jeg trodde det var mer enn medikamenter, men har måttet gjøre resten sjøl. De må gjøre mer for å få folk videre, så de ikke stagnerer. Folk blir lei når de har gått og tråkket her i to år."

"Jeg trodde alt ville ordne seg om jeg ble nøktern, men man kommer ikke lenger om man ikke har noe rundt seg. Det blir lange dager, de sitter for deg selv og sr på TV og føler det er lite behov for deg, det blir en tomhet. Du trenger hjelp til å fylle dagen, det tenkte jeg ikke på etter en måneds tid i LAR. Å bli nøktern er en ganske liten del av omstillingen."

"Jeg skulle ønske man ble sett litt mer. Noen ganger tenker jeg at det bare er urinprøven min de er opptatt av, ikke hvem jeg er og hva jeg prøver å få til og hvor tøft det er."

"Jeg savner en 'pakke' med mer enn bare Subutex! Aetat nekter narkomane å stå som arbeidssøkere – er det en regel? Du må ha 6 måneder som stoffri. De burde heller få oss i gang, og hive oss ut hvis det ikke går. Det er arbeid som gir deg et annet miljø, arbeidsledighet er den største årsaken til djevleskapen."

"Det med nettverk var jævlig. Du kan ikke ha kontakt med det gamle miljøet, og andre folk vil ikke ha kontakt med deg."

"Nettverket har veldig mye å si. Man *må* ut av stoffmiljøet. Selv de som går på metadon snakker fort om øl, og så blir det surr. Jeg har ikke fått hjelp med beskjeftigelse og miljø, men har greid det selv ved hjelp av familien."

Brukere med mange års erfaring er de som i størst grad gir uttrykk for erkjennelsen av at "LAR ikke løser alle problemer":

"Egentlig er jeg overrasket over hvor lite metadonen gjør for en, og hvor likt LAR er medikamentfri behandling. Jeg og alle de som begynte de første åra, trodde jo at dette var julekvelden. Men vi har måttet slite virkelig hardt for å komme på beina, og få har klart det. Vi har ikke fått mye gratis heller; for eksempel er det over 4 år siden jeg begynte i MAR, og først nå er jeg kommet inn i et arbeidstiltak."

Flere framholder at et positivt utfall først og fremst avhenger av deres egen innsats: "Man må egentlig gjøre jobben selv". En del brukere legger for dagen en overraskende stor forståelse for at "det er slik det er". For så vidt er det jo også positivt dersom LAR-tilbudet mobiliserer brukerne til egeninnsats og styrker deres eierskap til deres egen framgang og deres egen tilværelse. Men som vi skal se nedenfor, er fagutøvere i både kommunene og sentrene bekymret over at det settes for lite inn i rehabiliteringstiltak for LAR-brukerne.

Det ser ut til at brukernes vurdering av LAR-tilbudet, henger nokså nøye sammen med hvordan ansvarsgruppen har fungert. Sitatene nedenfor illustrerer ytterpunkter i oppfatning av ansvarsgruppen:

"Ansvargruppa er veldig bra folk som støtter meg og vil det beste for meg. Det er viktig å ha drømmer og mål i tiltaksplanen – de ligger der som lange linjer, men tiltakene justeres underveis tilpasset det som dukker opp av problemer og muligheter for meg."

"Ansvargruppa sier det er mitt møte, men jeg føler det som å sitte på tiltalebenken – jeg må forsvare meg hele tiden. Tiltaksplanen fungerer ikke – jeg må komme med forslag selv og får lite aktiv støtte eller oppfølging hvis jeg ikke ber om det selv. Det virker som de ikke helt vil satse på en som er gammel og sliten. De fleste jeg kjenner gruer seg til ansvarsgruppe-møtene fordi det er så strengt her. Det er mye mindre strengt i Oslo."

Selv om en del brukere kan ha mye å utsette på rehabiliteringsinnsatsen under LAR, er det en samstemt oppfatning blant dem vi har intervjuet at tiltaket har gitt dem en ny og langt bedre tilværelse. "Suget" blir borte, stressnivået går ned, og de slipper å slite med dårlig økonomi og ty til prostitusjon og kriminalitet som inntektskilder. Brukere i mindre kommuner bemerker også at LAR-tilbudet har ført til at markedet for heroin i området er falt nesten helt sammen.

Noen framholder at de sliter økonomisk og savner meningsfylte aktiviteter, og mange mistrives med bivirkningene av legemidlet, men LAR beskrives uansett som et vendepunkt som ofte har vært *livreddende* og som har hatt *vesentlig innvirkning på brukernes velferdnivå*.

"Jeg har det mye bedre enn før – det legemidlet er en supermedisin!"

"Jeg er ikke redd for politi og fengsel lenger. Ikke har jeg smerter i kroppen når jeg er nykter, heller."

"Jeg har et mye bedre liv. Jeg blir holdt i øra – det er nødvendig fordi jeg er en svak karakter."

"Det har redda livet mitt – jeg ville vært død for lenge siden. Og jeg har helt slutta å stjele – har fått en sperre for kriminalitet uansett hvor blakk jeg er."

"Metadon har vært kjempebra for oss to, det har gitt oss et helt nytt liv. Uten metadon ville vi vært på kjøret nå."

"For meg er det 100 % forskjell i livssituasjon. Før hadde jeg ikke noe å leve for – nå liker jeg å leve. Jeg gruer ikke til neste dag lenger. Jeg ser fram til å *slippe* å sette skudd nå, det er så motsatt som det kan bli. Jeg håper jeg får leve lenge! Dét interesserte meg lite før."

"Jeg har hatt enormt utbytte av LAR! Det er det eneste som har hjulpet. Bort med suget, bort med bivirkningene. Jeg ville ikke sittet her uten metadon, jeg ville vært stein død. Jeg har bolig og uføretrygd, og mye å finne på – jeg har ikke kjedet meg et sekund, er blitt så aktiv. Livet er blitt helt herlig! Jeg ba til Gud om å få død, og nå har jeg fått dét livet!"

7.2 Har fagutøverne positive erfaringer?

Fagutøvernes erfaringer og vurderinger varierer med både tilknytning (senter vs kommune), regionale og lokale forhold, og hvor lenge de har vært involvert i LAR-arbeidet. På noen punkter hersker det imidlertid ganske bred enighet.

7.2.1 Sentrene

Som nevnt i kapittel 3.1 var det for bare ganske få år siden sterk motstand i fagmiljøene mot "metadonbehandling". Slike tiltak ble betraktet som en fallitterklæring og et svik mot rusmiddelmissbrukere som hadde krav på ikke å bli "gitt opp".

Fra sentrene kommenteres det at utfallet av LAR var svært vellykket i starten, da de som ble tatt inn hadde lange opiatkarrierer bak seg og var svært motivert for behandling. Etter hvert er det også tatt inn yngre brukere med kortere løpebane og mer blandings-

misbruk, samtidig som forventningene til hva LAR kan bevirke, er skrudd opp. Det har ført til større problemer med sidemisbruk og økt frafall. Lange søker- og ventelister, kombinert med det som betegnes som et "unyansert politisk fokus", fører til at sentrene presses. De arbeider ikke i forhold til sine egne målsettinger og må ty til forenklete løsninger.

Generelt er utgangspunktet best for klienter som først og fremst har brukt opiater. Klienter med store innslag av amfetaminmisbruk har lite utbytte av buprenorfin eller metadon, og de som er tilvent benzodiazepiner, har vanskelig for å klare seg uten.

En rekke faktorer bidrar til vellykkede resultater. Det er – rimeligvis – fordelaktig om brukeren har en normal erfaringsbakgrunn med mestringsopplevelser i skole og arbeid. Det er videre av vesentlig betydning at brukeren har et rusfritt nettverk å støtte seg til i form av familie eller (nye) venner. En stabil relasjon til en sosialkurator eller en (streng) lege styrker også prognosen. Psykiatrisk tilleggsproblematikk i form av personlighetsforstyrrelser reduserer sannsynligheten for et heldig utfall.

Det understrekes at overfokusering av den medisinske siden av LAR motvirker gode behandlingsresultater. Det er viktig å tydeliggjøre at bolig, beskjefteigelse, helsetjenester mv er hjørnesteiner i tiltaket.

I sentrene er man i dag overbevist om at LAR er et legitimt og virksomt tiltak som få eller ingen ville ta til orde for å fjerne. Det pekes imidlertid på en risiko for at legemiddelassistert rehabilitering kan fortrenge rusfri behandling for misbrukere som bør kunne nyttiggjøre seg dette.

7.2.2 Kommunene

Fagutøverne i kommunene bekrefter at mange brukere møter med ganske ærgjerrige mål – og av og til med urealistiske ambisjoner:

"Alle tror de skal 'rehabiliteres' – fordi de tror vi ønsker å høre det? Vi har 'rehabilitering' som mål ved oppstart, men modifiserer det underveis."

"Vi lager enkle tiltaksplaner, uten for høye mål. Hva er brukeren i stand til? Han sier kanskje han vil studere, men det vil han ikke greie – det er krevende nok å komme seg hit til riktig tid, uten å kjøpe stoff på veien. "

Intervjuene tyder på at ambisjonsnivået ute i kommunene jevnt over er lavere – eller mer realistisk – enn det fagideologien tilsier:

"Vi tenker rehabilitering! De skal kunne skjønne en bolig, og vi aksepterer ikke rus over tid. Men vi har beskjedne mål når det gjelder skole og arbeid – mange av brukerne har vært i rus i 20 år! De aller fleste har for høye mål, de blir fortvilet av tilbakeslag."

"LAR skal ikke være skadereduksjon – men man må vel kunne tenke to veier? Rehabilitering for dem under 45, og skadereduksjon for de eldste?"

"For en del er målet å få orden på det daglige."

"Vi var frustrert før over at ikke alle ble rusfrie, men vi har innsett at vi må være realistiske. Målet kan være rehabilitering, skadereduksjon eller livskvalitet, avhengig av klienten."

"Noen får bedre livskvalitet selv om de har sidemisbruk. Hvis de skal kastes ut, er det de mest ressurssterke som overlever. Vi når ikke fram til senteret med det synspunktet."

Enkelte etterlyser et bedre faglig fundament i form av en klarere behandlingsfilosofi. I den forbindelse framholdes det enkelte steder at LAR-senteret er for legemiddelsentrert, dvs for lite orientert mot rehabilitering. Dette er et synspunkt som neppe er i samsvar med sentrenes selvopfatning.

Den dominerende oppfatning i kommunene er at mange LAR-brukere klarer seg bra. Flere informanter i kommunene gir uttrykk for glede og begeistring over bedringen i mange av LAR-brukernes livssituasjon. Ofte har de kjent og arbeidet med disse personene i flere år, og følt seg maktesløse fordi "ingenting nyttet". Brukere som oppnår resultater, enten det er de veldig få som "blir helt streite", eller andre som gjør store framskritt, gir tydeligvis utøverne betydelig faglig og personlig tilfredsstillelse:

"Bare det å se en av dine gamle nedkjørte klienter etter at han er opptrappet på metadon - du glemmer det aldri! Han har lagt på seg, fått farge i kinnene og holder seg oppreist. Og han er veldig fornøyd selv også. For første gang er han nykter når dere snakker sammen - det er sterkt altså!"

Det poengteres imidlertid at LAR-brukerne trenger mye oppfølging og at kapasiteten på lokalplanet er, eller kan bli, en flaskehals. Det framholdes også ofte at mange brukere mangler et tilbud på dagtid: I likhet med brukerne selv understreker de lokale fagutøverne at ensomhet og lite innhold i hverdagen er et hovedproblem for denne gruppen:

"Trygd er ikke nok!"

Noen av fagutøverne gir uttrykk for at de er blitt mer positivt innstilt til medikament-assistert rehabilitering de siste årene:

"Vi trenger dette for å møte denne brukergruppen. Ikke alle kan nyttiggjøre seg medikamentfri behandling."

Det bemerkes imidlertid at holdningen til LAR fortsatt er negativ i psykiatrien og rusinstitusjonene, og at dette svekker samarbeidsmulighetene. Flere kommunale fagutøvere – kanskje særlig i Oslo – gir også uttrykk for en viss skepsis til *utviklingen* av LAR; dvs at tilbudet omfatter stadig flere som kanskje er kommet inn på gale eller usikre premisser (svakere motivasjon, ikke primært opiatavhengige, har ikke prøvd medikamentfri behandling). Det advares mot å la LAR bli en for lettvinnet løsning. Dette knyttes til at det ikke går så bra med en del av LAR-brukerne, og at manglende utvikling i stadig større grad aksepteres i senteret.

"De er jo akkurat like narkomane som før: De tenker først og fremst på rus og de handler med sikte på å få ruse seg. "

"Vi er skeptiske til 'sklia' - kravene til de som er i LAR, senkes stadig, uten at problemstillingen er blitt diskutert."

Siden også disse i utgangspunktet er positivt innstilt til LAR fordi "alle får det iallfall litt bedre", representerer den refererte utviklingen først og fremst et *dilemma* for de intervjuede.

7.3 Oppsummering

Vi må kunne fastslå at LAR i hovedsak har opparbeidet et godt omdømme blant både brukere og de involverte fagutøvere. I begge grupper finner vi riktignok kritiske merknader til innretning og gjennomføring; det er særlig tiltak rettet mot meningsfylt beskjeftigelse og nye sosiale nettverk som svikter. Men det er bred enighet om at LAR-tiltakene har

- reddet mange liv,
- styrket livskvaliteten til – trolig – alle som vært i tiltaket over noe tid, og

- bidratt til "grunnleggende rehabilitering" av ganske mange tunge opiat-misbrukere.

Det er samtidig utbredt tvil og bekymring blant både brukere og fagutøvere når det gjelder utviklingen mot en utvidelse av målgruppen og etablering av "lavterskel"-tilbud. Svært mange etterlyser avklaringer når det gjelder disse spørsmålene. Vi kommer tilbake til dem i kapittel 8.2 og 8.3 nedenfor.

8 STRATEGI OG RESSURSSINNSATS

I kapitlene 5 og 6 har vi i ganske stor detalj beskrevet og vurdert hvordan LAR-tilbudet er sammensatt og hvordan det er organisert. I dette kapitlet vil vi gi en mer overordnet vurdering av *LAR som myndighetenes hovedstrategi* inn mot de behov og problemer som tilbudet er ment å avhjelpe. Vi vil drøfte

- om de mål som er satt for LAR, ligger på et riktig ambisjonsnivå,
- om målgruppene er hensiktsmessig definert,
- om LAR ivaretar målgruppenes pasientrettigheter, og
- om virkemidlene er riktig sammensatt.

Vi vil videre drøfte

- om ressurstilgangen er riktig dimensjonert,
- om finansieringsformen er hensiktsmessig, og
- om ressursene utnyttes kostnadseffektivt.

8.1 Ligger målene for LAR-tiltakene på riktig ambisjonsnivå?

Arbeidet med evalueringen av LAR, og særlig de mange og omfattende intervjuene med brukerne, har bekreftet både hvor sammensatt fenomenet rusmisbruk eller narkomani er, og hvilke utfordringer som er knyttet til behandling og rehabilitering. Behandlingen må rettes inn mot iallfall tre forhold:

1. Den kjemiske avhengigheten, som til en viss grad kan avhjelpes medikamentelt
2. Rusmisbruket som individuelt lært handlingsalternativ, dvs en livsstrategi som til en viss grad kan avlæres
3. Den sosiale og samfunnsmessige marginaliseringen, som blir dypere jo lengre misbruket varer, og som dermed krever desto større reparasjonsinnsats fra både den enkelte selv og fra hjelpeapparatet.

Som vi så i kapittel 3.1, er målene for LAR i beste fall vidtfavnende og i verste fall innbyrdes motstridende. Betegnelsen "legemiddelassistert rehabilitering" gir inntrykk av at rehabilitering er det eneste legitime mål, men i både sosialkomitéens innstilling fra 1997/98 og i departementets retningslinjer fra 1998 og (særlig) 2000 finnes det belegg for å inkludere brukere med tanke på skadereduksjon og/eller økt livskvalitet.

I kapittel 4.2 oppsummerte vi at LAR-tilbudet alt i alt har lykket godt opp mot fire av de fem målene som er formulert i departementets retningslinjer. Det målet man lykkes dårligst med, er selve rehabiliteringsmålet, dvs rusfrihet og "sosial og yrkesmessig rehabilitering". I praksis ser vi at behandlingsapparatet ikke sjelden reorienterer seg i retning av skadereduksjon for klienter som ikke ser ut til å kunne nå fram til en "rehabiliteret" tilstand. Som omtalt i kapittel 3.1 kan det imidlertid være et innebygd

motsetningsforhold mellom rehabilitering og skadereduksjon. Dette mulige motsetningsforholdet er ikke tilstrekkelig tydeliggjort og problematisert innenfor LAR. Våre intervjuer med så vel fagfolk som brukere tyder på at man ofte havner i en mellomtilstand der man godtar sidemisbruk og egentlig har gitt opp rehabiliteringsformålet – som man likevel holder fast ved formelt.

Målforskyvningen later til å være kjent og mer eller mindre stilltiende godtatt av både fagutøvere og brukere. Når den ikke har skapt mer åpen debatt, kan det skyldes at det i mange år var meget sterk motstand mot metadonbehandling i fagmiljøene. Det var etter alt å dømme nødvendig å holde rehabiliteringsfanen høyt for å få aksept for at tilbudet skulle utprøves. I forsøket på å "selge inn" metadonbehandling hos skeptiske fagfolk og politikere kan det nok også hende at forventningene til hva som kunne oppnås av rehabiliteringseffekt, ble skrudd i været.

Det hersker ingen tvil om at LAR har reddet mange liv og hevet livskvaliteten for mange som ikke er eller vil bli stoffrie. Å avskjære alle brukere som ikke holder seg rene, vil ha store velferdskostnader. Mange vil mene at neddemningen av ambisjonsnivået er tegn på større realisme og økt respekt for (en del av) brukernes reelle situasjon og potensial.

"De kan ikke stille så strenge krav. Det er umulig å kutte ut alt så raskt. Metadon virker bare mot heroin, ikke mot pilleavhengighet. De kan ikke bare kutte ut hasj heller når du har røykt i 25 år."

På den annen side ligger det også en betydelig risiko i en for pragmatisk holdning til LAR-brukernes utbytte av programmet. I kapitlene 4, 5 og 7 konstaterte vi at mange brukere etterlyser mer aktiv rehabiliteringsinnsats, og at også fagutøvere er bekymret for at legemiddelsiden ved tilbudet overfokuseres på bekostning av tiltak som styrker brukerens sosiale funksjonsevne og samfunnsmessige tilpasning.

Denne bekymringen virker velbegrunnet. Statusundersøkelsen⁶² viser at fire av fem LAR-brukere uten ordinær yrkesbeskjeftigelse, og knappe 15 % er i arbeidstrening. Andelen som har et organisert, ikke-lønnet dagtilbud ligger rundt 20 %. Bare vel 20 % deltar i faste fritidsaktiviteter. Alt i alt ser det ut til at under halvparten av LAR-brukerne har noe å gjøre på dagtid.

Vi vet at utdanning og arbeid er sentrale elementer i rehabilitering. Arbeid og organisert beskjeftigelse er vesentlig for oppbygging av et nytt sosialt nettverk utenfor rusmiljøet, og dét er igjen avgjørende for rehabiliteringsmulighetene. Skal en dømme etter disse tallene, har LAR store mangler som rehabiliteringstiltak. Det er desto viktigere at "skadereduksjon" og "livskvalitet" ikke får tjene som alibi for sviktende rehabiliteringsinnsats.

8.2 Er målgruppene hensiktsmessig definert?

I kapittel 4.1 fastslo vi at målgruppen for LAR er blitt kraftig utvidet siden tilbudet ble utredet. Antall aktuelle LAR-klienter anslås nå til å ligge rundt 7.000, mot ca 600 opprinnelig (jmf avsnitt 3.2.2 foran). Dette skyldes dels en oppjustering av antall tunge opiatmisbrukere i Norge, men også at en etter hvert har operert med slakkere inntakskriterier – eller iallfall en videre fortolkning av kriteriene. At en opererte med et lavt anslag over målgruppens omfang, kan ha bidratt til å redusere motstanden mot substitusjonsbehandling i faglige og politiske miljøer.

⁶² UiO: Statusdata 2003. Se også tabellene i avsnitt 4.2.1.

Som tidligere referert er LAR-tilbudet avgrenset til brukere over 25 år, med langvarig opiatmisbruk og resultatløs medikamentfri behandling i rimelig omfang. Mange fagfolk og brukere mener at disse kravene bør beholdes og praktiseres strengt. Søkere som i hovedsak går på andre stoffer må avvises, siden metadon/buprenorfin ikke har noen effekt mot annet enn opiater. Mange brukere – og da særlig dem som selv har forsøkt medikamentfri behandling i flere omganger - understreker sterkt at det må være et krav; statsfinansiert metadon må ikke bli en lettvinnt måte å "holde det gående" på. Andre brukere, og mange fagfolk, mener at personer på 40-50 år som trenger LAR og ellers oppfyller kravene, ikke må utestenges pga manglende behandlingserfaring.

Etter vår oppfatning kan en mer liberal inntaks- og utskrivningspolitikk forsterke risikoen for at LAR blir et vedlikeholdstilbud snarere enn et rehabiliteringstilbud. Det vil i så fall undergrave effektiviteten inn mot de brukere som har et bra rehabiliteringspotensiale.

Samtidig virker det rimelig å legge noe ulike kriterier til grunn avhengig av den enkelte brukers situasjon og forhistorie. Det er naturlig å stille strengere krav om tilstrekkelige forsøk med medikamentfri behandling for yngre søkere med kort stoffkarriere. Det bør også være naturlig å trekke grad av opiatavhengighet inn i vurderingen.

Det er på den annen side ikke uproblematisk at LAR er utformet som et høyterskeltilbud, som først og fremst kjennetegnes ved krav til tiltaksplan, rusfrihet med tilhørende kontrollregime og oppfølging. Dette er tilsynelatende solid forankret i forskrifter og rundskriv – men mange fagfolk gir uttrykk for at det er en del pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg LAR. Det er påvist klare skadereduserende effekter av metadon/buprenorfin, selv uten rehabiliteringsmål eller kontrollregime. Dette reiser det meget vanskelige spørsmålet om det i tillegg bør etableres et "lavterskeltilbud", et LA(R).

Uttrykket "lavterskeltilbud" brukes i minst to betydninger:⁶³

- Et tilbud rettet mot stoffmisbrukere som er spesielt utsatt for overdoser, og som er så dårlig fungerende at de ikke greier å delta i planlegging av tiltak eller innsøking til LAR. Disse kan stabiliseres ved hjelp av metadon/buprenorfin i en kortere periode slik at de kan overleve, nyttiggjøre seg helsehjelp og bli tilgjengelige for tiltaksplanlegging.
- Et tilbud som fanger opp brukere som ikke greier å holde seg til de reglene som gjelder for å ta del i LAR-tilbudet – det vil i praksis si brukere som fortsetter med jevn bruk av legale og illegale rusmidler. Siden de likevel har en velferdsgevinst gjennom substitusjonsbehandlingen, gis de mulighet til å gå videre på vedlikeholdsdoser i et opplegg med lavere kontroll.

Spørsmålet om lavterskeltilbud er ytterligere aktualisert gjennom rusreformen, som har gitt LARs målgruppe(r) nye rettigheter. Vi drøfter derfor temaet nærmere i avsnitt 8.3 nedenfor.

⁶³ Jvf Oslo kommune, Rusmiddelstaten: Forslag om etablering av lavterskeltilbud for rusmiddel-misbrukere, notat av november 2000; Mario: Notat om lavterskel, notat av januar 2001.

8.3 Ivaretar LAR målgruppene pasientrettigheter?

Vi har i denne rapporten som oftest brukt betegnelsen *brukere* om dem som får bistand gjennom LAR. I og med rusreformen har imidlertid LAR-brukerne fått formell status som *pasienter*.

Retts situasjonen for pasienter i LAR er omfattende gjennomgått i Rundskriv I-8/2004 "Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven" fra Helsedepartementet, april 2004. I dette avsnittet berører vi en del spørsmål knyttet til den rettslige situasjon, ikke fra juridisk synsvinkel, men fra en mer allmenn synsvinkel og en etisk synsvinkel.

De problemstillingene vi vil berøre, er knyttet til følgende punkter:

- Retten til behandling
- Klageadgang
- Frister for vurdering og behandling
- Kriterier for utskrivning
- Øyeblikkelig hjelp
- Lavterskeltilbud

Retten til behandling

Retten til behandling er slått fast i Pasientrettighetslovens §2-1. Spesialisthelsetjenesteloven (§2-1a) sier at de regionale helseforetakene har plikt til tilby blant annet *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk*. Når det gjelder vanlige somatiske lidelser, begynner retten til behandling, sammen med reglene om fritt sykehusvalg å nærme seg en realitet. For LAR-pasientene er situasjonen slik at de må behandles på sitt hjemsted på grunn av tilknytningen til sosialtjenestene, og de kan ikke velge mellom de ulike LAR-sentrene - for eksempel slik vanlige pasienter kan velge mellom sykehus.

Retten til behandling hører uløselig sammen med tilgangen/adgangen til behandling. Dels, slik vi har redegjort for i rapporten, er den samlede LAR-behandlingskapasitet for liten i forhold til behovet. Dels finnes det ikke noe som tilsvarer "fritt sykehusvalg". Dette setter hvert senter i en monopolsituasjon. *Slike monopolsituasjoner forplikter både sentrene og de som har ansvaret for denne organiseringen av helsevesenet til å sikre at det er adgang til tilstrekkelig og effektiv behandling i alle regioner og områder. Uten at det er tilfelle, vil retten til behandling ikke være reell.*

Retten til behandling har også en annen side: Kvaliteten på behandlingen skal ikke være avhengig av hvor i landet den gis. Det er i mange sammenhenger påvist systematiske kvalitetsforskjeller og ulik behandlingspraksis. I en slik situasjon har helsemyndighetene et særskilt ansvar for å bidra til å harmonisere kvalitet og praksis. *De forskjeller som finnes i medikamenteringspraksis mellom regionene bør påkalle myndighetenes oppmerksomhet i en helt annen grad enn til nå.*

Klageadgang

Både primærlege og sosialtjeneste kan henvise til behandling i LAR. Henvising må skje i samarbeid med sosialtjenesten. Det er sosialtjenesten som koordinerer søknaden⁶⁴. Det gjelder ulike lovverk for klageadgangen, avhengig av hvorvidt det er legen eller

⁶⁴ "Legemiddelbasert rehabilitering av narkotikamisbrukere", rundskriv I-33/2001 fra Helsedepartementet.

sosialtjenesten som pasienten har kontakt med. Dersom sosialtjenesten avslår å søke, kan avgjørelsen ikke påklages. Avgjørelsen betraktes som en prosessuell avgjørelse etter Sosialtjenesteloven⁶⁵. Dersom legen avslår å søke, gjelder Pasientrettighetsloven, og pasienten kan anmode legen om å søke, og eventuelt klage til Helsetilsynet i fylket.

Riktignok presiseres det i rundskrivet (I-8/2004) at sosialtjenesten i tilfelle den avslår, er pliktig til å gjøre vedtak om annen behandling, som i sin tur kan påklages til fylkesmannen. Det oppstår dermed en indirekte klageadgang også over sosialtjenestens eventuelle avslag. Det synes ikke godt nok at en kan klage på andre tiltak i håp om at hele situasjonen skal bli vurdert.

Situasjonen, slik den er framstilt i rundskrivet, framstår ikke som tilfredsstillende. Sosialtjenesten er likestilt som henvisende instans, med lege. Rusreformen har hatt som siktemål å definere rusproblemer som helseproblemer, i alle fall om det er behov for annenlinjetjenester. Da framstår situasjonen, slik rundskrivet beskriver den, som en nærmest konstruert juridisk motsetning. *Pasientrettighetsloven bør her gjøres gjeldende, selv om sosialtjenesten som sådan forholder seg til sosialtjenesteloven.*

Frister for vurdering og behandling

Pasientrettighetsloven definerer rett til vurdering innen 30 dager fra henvisning er foretatt. Rundskrivet sier at denne fristen også gjelder i forbindelse med LAR. Rundskrivet sier ikke noe nærmere om hva en vurdering i dette tilfelle er, men det bør av sammenhengen være rimelig klart at det i dette tilfelle er det samme som svar på søknaden fra primærlegen eller sosialtjenesten.

Rundskrivet setter likhetstegn mellom henvisning og søknad. At en søknad må betraktes som å inneholde en *henvisning*, synes rimelig klart, men søknaden må sannsynligvis oppfattes som mer enn en henvisning, ettersom kravet til en søknad er at den skal inneholde deler av behandlingsopplegget. Dette synes viktig når det gjelder å tolke reglene om frist for vurdering.

Et viktig punkt i søknadsvurderingen er om pasienten har en avhengighet av opiater som samsvarer med inntakskriteriene i LAR. Normalt er det sosialtjenesten eller primærlegen som sørger for denne dokumentasjon. I dag returnerer iallfall enkelte sentre søknader som ikke har tilfredsstillende dokumentasjon. Dette er neppe i samsvar med regelverket. *Om søknaden ikke er fullstendig, gir det ikke noen utsettelse med fristen for å utføre vurderingen.* Henvisningen må antas å være foretatt selv om tilstrekkelig dokumentasjon ikke foreligger. Nødvendig dokumentasjon er en del av vurderingen, og det er den vurderende institusjon som har ansvaret for at dokumentasjonen foreligger innen fristen. En slik tolkning vil kunne sidestille LAR-søkere med andre pasienter.

For at inntak skal kunne skje, må det foreligge en godkjent tiltaksplan. Tiltaksplan, bolig osv er nok en del av søknaden om inntak i LAR, men kan neppe sies å være en del av en henvisning. *Vurderingen* bør derfor kunne gjøres selv om tiltaksplan ikke foreligger, men *gjennomføring* må gjøres avhengig av at tilfredsstillende tiltaksplan utarbeides og ligger til grunn for behandlingen⁶⁶.

⁶⁵ Framstillingen av rettssituasjonen bygger på rundskriv I-8/2004 fra Helsedepartementet (april 2004) hvor annet ikke er angitt.

⁶⁶ LAR er definert som spesialisert tverrfaglig helsetilbud. Tiltakene i planene er derfor en integrert del av behandlingsopplegget.

Det er den instansen som vurderer pasienten som skal sette frist for oppstart av behandlingen⁶⁷. Det vil si at instansen setter frist for seg selv. Det er sannsynligvis en situasjon LAR-klienter deler med mange andre pasienter. En kan likevel ikke si at dette er en helt heldig ordning. Mange av LAR-pasientene er i en svært dårlig situasjon, noen en livstruende situasjon. Ventetidene er i stor grad bestemt av kapasiteten i behandlingsapparatet. Da er det ikke uproblematisk at det er samme instans som setter frist (vurderingsinstansen) og som skal forholde seg til den fristen (behandlingsinstansen).

Dette kunne bedres i noen grad om en skilte mellom henvisning/søknad og plan for behandling. Den integrerte søknad som i dag praktiseres, kan synes hensiktsmessig fra noen synsvinkler, men svekker effekten av lovgivningens regler om frister. En kunne derfor tenke seg at sosialtjenesten eller primærlegen henviste en pasient til LAR-behandling. Det gir rett til vurdering innen 30 dager. Ansvar for vurderingen ligger hos spesialistledet. Etter vurdering kan spesialistledet (sentret) sette frist for når behandling skal komme i gang. Siden betydelige deler av behandlingen faktisk blir utført av førstelinjetjenesten og av avrusningsinstitusjoner, ville bestemmelsen om å sette frist for behandling bli reell i det øyeblikket sentret ikke selv lenger var en flaskehals. Fristen kunne da settes på mer klare faglige kriterier, ikke slik det er nå, på grunnlag av nesten rene kapasitetsvurderinger.

Kriterier for utskrivning

I LAR finnes det to typer kriterier for utskrivning. Den ene typen er medisinsk/faglig:

Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, fusk med urinprøver eller legemiddelintak, manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel og samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt. Slike forhold kan derfor gi grunnlag for utskrivning.

Hovedkriteriet for de medisinsk/faglige kriteriene er at pasienten *ikke har nytte/effekt av behandlingen*. Det er påvist at det gjøres svært ulike faglige vurderinger under dette kriteriet.

Det er neppe noen grunn til å reise spørsmål ved kriteriets hovedinnhold. Det synes å være i samsvar med medisinsk/faglige kriterier på andre områder. Det kan imidlertid reises spørsmål ved om kriteriet burde være *mer presist* og i mindre grad gjenstand for tolking. Vi tror ikke det, for kriteriene er forsøksvis presise, men de praktiseres likevel temmelig ulikt⁶⁸. Dermed oppstår det en de facto ulik rettslig situasjon. Mer enn å vurdere utformingen av kriteriene, bør en sannsynligvis diskutere *håndhevelsen* av dem.

Den andre typen kriterier knytter seg til ikke-faglige forhold:

Ved omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette, og ved bruk av vold og/eller trusler om vold, skal klienten skrives ut, med mindre det vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon.

Disse kriteriene bør reise noen etiske og, for den saks skyld, rettslige spørsmål. For det første: Hva er en *reaksjon* i dette tilfellet? Hvis reaksjonen er straff, må den betraktes som ulovlig, for de forhold det refereres til, er opplagt forhold som kan strafferettslig forfølges, og det å straffe for en forbrytelse to ganger, regnes, i alle fall i andre sammenhenger, som rettsstridig. Straff ilegges enten administrativt eller av domstol, ikke begge steder.

⁶⁷ Pasientrettighetsloven §2-1.

⁶⁸ Det ser riktignok ut til at det har vært en viss tilnærming mellom regionene når det gjelder praktisering, men problemet er ikke borte.

Et annet forhold er at reaksjonen skal skje ved begrunnet *mistanke*. Ellers i samfunnet legger vi vekt på at straffereaksjoner ikke skal settes inn uten etter at det foreligger bevis eller tilståelse.

Viktigst synes likevel å være at en blander sammen alminnelige strafferettslige forhold med helsehjelp. Det er ikke mange andre områder der en vil forsvare å nekte nødvendig helsehjelp til en person på grunn av mistanke om straffbare forhold. *Kriterier som ikke er medisinsk/faglig forankret bør en vurdere nøye å fjerne.*

Lavterskeltilbud?

I avsnitt 8.2 påpekte vi at LAR-brukernes nye status som pasienter har konsekvenser for spørsmålet om et lavterskeltilbud for målgruppen.

Det synes i utgangspunktet ikke lett å argumentere, verken etisk eller juridisk, for at livreddende og skadelindrende behandling ikke skal kunne gis denne pasientgruppen. Et lavterskeltilbud vil kunne gi skadereduserende effekt for noen. På den annen side er det gode indikasjoner på at et målrettet rehabiliteringsopplegg, med rusfrihet som forutsetning, basert på tett oppfølging, gir gode resultater for mange.

Et viktig spørsmål som melder seg, dersom en åpner for et lavterskeltilbud, vil være: *Hvem bestemmer behandlingsopplegget for hver enkelt pasient?* Juridisk sett vil det sannsynligvis være uproblematisk om pasienten selv gjør det. Ingen av tilbudene vil være skadelige, og de vil ha en viss effekt. Følgelig foreligger det neppe medisinske grunner til å nekte pasienten selv å velge. Det er ikke slik at pasienter må velge den mest effektive behandling, såfremt behandlingen i det hele tatt har en rimelig effekt. Et annet spørsmål som melder seg, er om et lavterskeltilbud kan bli en sovepute for myndigheter, for behandlere og for brukere.

Det synes ikke være noen enkel vei ut av dilemmaene som reises. Pasientrettighetsbestemmelsene tyder i retning av at lavterskeltilbud de facto må aksepteres, for det synes ikke holdbart å nekte pasienter behandling fordi de ikke ønsker den behandling som er best ut fra behandlingsapparatets og en samfunnsmessig synsvinkel.

Nå går det an å hevde at pasientrettigheter er innført for å styrke pasientens stilling. Dessuten er narkotikamisbruk ulovlig. Avhengighet kan betraktes som en sykdom, men misbruket er ulovlig. Men pasientene er ikke dømt til behandling, og de er ikke umyndige. En viss frivillighet er beste forutsetning for å lykkes – samtidig som det er et behov for pedagogiske virkemidler for å holde pasientens vilje til effektiv behandling oppe. Det bør være mulig, og kanskje til og med fornuftig, å si at den som behandler fullt ut respekterer pasientens valg, men at pasienten må respektere at behandlingens mål er full rehabilitering.

Det en trenger å gjøre i regelverket, er kanskje ikke annet enn å nøye seg med å bestemme at utskrivningsreglene sier at utskrivning kan skje dersom pasienten *ikke har nytte av behandlingen*.

8.4 Er virkemidlene fornuftig sammensatt?

I kapittel 5.3 fastslo vi at LAR-tilbudet har tatt svært ulike former i forskjellige regioner og i enkeltkommuner innenfor samme region. Det finnes noen klare forskjeller når det gjelder valg av legemidler, dosering, uttalt utskrivningspraxis mv. Hvorvidt de ulike sentrene kan sies å ha noen egen *strategi* for LAR-innsatsen, varierer. Forskjellene ser ofte ut til å springe ut av bevisste valg. Fagutøvere i enkelte sentre/fylkesledd har

imidlertid også bemerket at de stadig utsettes for nye produksjonskrav og ikke får muligheten til å opptre proaktivt.

Selv om utformingen er forskjellig, kan tilbudet i utgangspunktet alltid sies å være satt sammen av to hovedvirkemidler: (a) Kjemisk stabilisering og (b) øvrige tiltak. De "øvrige" oppfattes og omtales gjerne som "rehabiliteringstiltak", men omfatter i og for seg to typer tiltak: Slike som hovedsakelig er rettet inn mot sosial, yrkesmessig og samfunnsmessig rehabilitering, og slike som først og fremst er rettet inn mot økt velferd og livskvalitet.

Medisineringsmetodikken er i og for seg nøye beskrevet i veiledningene for MAR/LAR. Som vi har sett, er det imidlertid store avvik sentrene imellom i valg av medikament og dosering. Det bør etter vår oppfatning arbeides for å skape et ens faglig grunnlag for bruken av hhv metadon og buprenorfin, og for doseringen av disse midlene.

Som omtalt i kapittel 3.1 skal tilførselen av legemidlet betraktes som en forutsetning for og en understøttelse av rehabiliteringsinnsatsen. Rehabiliteringsarbeidet er imidlertid ikke framstilt systematisk. Her følges de arbeidsmodeller som ellers er i bruk i sosial- og helsetjenesten – jmf kapittel 5.3, tabell 13 i kapittel 5.2, og oversikten over veiledere i litteraturlisten (vedlegg I). Bruken av tiltaksplaner og ansvarsgrupper er f eks uttrykk for at det arbeides i henhold til alminnelige standarder for sosialfaglig arbeid.

Det er det i og for seg ikke noe i veien med. Legemidlets funksjon er nettopp å gjøre brukeren tilgjengelig for alminnelige rehabiliterings- og omsorgstiltak. Metodene for boligsosialt arbeid og annen sosialfaglig rehabilitering er utviklet for klienter med gjennomgående store problemer, og det er liten grunn til å tro at stabiliserte opiat-misbrukere har behov for noe kvalitativt helt annet. De kan kanskje trenge tettere oppfølging enn enkelte andre i perioder, og enkelte problemer kan være mer fram-tredende for dem enn for gjennomsnittsklienten. Generelt vil imidlertid fagutøverne legge seg så tett opp til "the state of the art" som de har ressurser til i arbeidet med tungt belastede klienter. Vi finner ingen holdepunkter for at f eks ansvarsgruppearbeid for LAR-brukere foregår etter en bestemt metodikk og krever spesiell kompetanse utover det medarbeidere i sosialtjenesten antas å ha.

Etter vår oppfatning er det likevel en mangel at det ikke er lagt mer arbeid i å utarbeide en systematisk framstilling av *hele* LAR-prosessen, slik at aktuelle virkemidler og sammenhengen mellom dem hadde kommet tydeligere fram. En slik systematisering bør bygge på erfaringsbasert kunnskap om de sosialfaglige, pedagogiske og psykologi-faglige virkemidlene som skal føre til rehabilitering.

I den grad rehabilitering innen LAR ikke skiller seg fra annen rehabilitering, synes valget og sammensetningen av virkemidler å være adekvat. Mye tyder imidlertid på at oppfølgingen av brukernes somatiske og psykiske helse både i 1. og 2. linjen kunne ha vært bedre.

Med sikte på mer enhetlig praktisering av inntakskriterier, bedret indikasjonsgrunnlag (opiatavhengighet) og effektivt innsøkningsarbeid, anbefaler vi at det tas i bruk diagnostiseringsverktøy basert på ICD-10. Sentrene bør ta i bruk slike verktøy for egen del, og de bør sørge for å evt utvikle og implementere dette i sine distrikter.

8.5 Er ressurstilgangen riktig dimensjonert?

Etter vår vurdering er ressursinnsatsen underdimensjonert på alle rehabiliterings-områdene, målt opp mot de mål som er stilt opp for LAR.

Når målgruppen for LAR nå beregnes til å være ti-tolv ganger så stor som opprinnelig antatt, er det åpenbart at den samlede ressurstilgangen ikke står i forhold til behovene. Pr i dag finner vi også lange offisielle og skjulte ventelister i flere regioner, og ventetiden er til dels uakseptabel – særlig i M/N, Oslo og deler av SØR (jmf kapittel 5.1). Både penger til legemidler og penger til personell har vært minimumsfaktorer (jmf kapittel 6.4).

Vi har også konstatert at ressursinnsatsen overfor enkeltbrukere i tiltaket, er utilstrekkelig i mange tilfelle. Som omtalt i kapittel 5 og 7 klager flere av dem vi har intervjuet, over at de får lite bistand ut over legemidlet. Det gjelder både brukere med ambisjoner i retning av rehabilitering, og brukere som sliter med grunnleggende mestring av dagliglivets krav.

Ressursflaskehalsene vil først og fremst komme til syne i sentrene. Hvis sentrene skal fylle sin rolle, må de være riktig bemannet og ha den riktige kompetansen. Det er antakelig mulig å effektivisere arbeidet i noen av sentrene noe. Det må imidlertid ikke ta oppmerksomheten vekk fra at et velfungerende senter er en forutsetning for at resten av systemet skal fungere godt. Riktignok er det oppnådd delvis gode resultater i rest-Øst, selv om senteret har vært mindre aktivt utenfor Oslo. Det ekstra leddet mellom senter og kommune – såkalt fylkes- eller distriktsinstans – har langt på vei kompensert for senterets relative fravær i Øst. Imidlertid vil det i en slik modell kunne være betydelig rom for svikt i sikkerhet og avvik i kvalitet.

Vi kan ikke angi noen klart dimensjonerende bemanningsnorm i sentrene, men vi vil mene at bemanningen må være slik at konsulentene kan ha

- en utstrakt deltakelse i ansvarsgruppene, i alle fall de første fasene,
- tid nok til å drive veiledning av førstelinjetjenesten, og
- tid nok til å drive nødvendig kompetanseutvikling, systemutvikling og metodeimplementering i senteret.

Selv om mye er gjort, gjenstår det mye før en kan si at driften ved sentrene sikrer at alle prosesser i hele systemet implementeres og utvikles som de skal. Særlig tydelig er dette for rehabiliteringsarbeidet, som mangler en klarere modell- og virkemiddeltenking.

En opptrapping av tilbudet vil også kunne avsløre ressursflaskehals i kommunene. Det er imidlertid ikke begrensninger knyttet spesielt til LAR, men til eventuell manglende evne til å møte et generelt voksende rusmisbruksproblem. Våre data tyder på at kommunens innsats overfor LAR-brukere er større dersom kommunene generelt bruker mer ressurser på rehabiliteringshjelp til rusmisbrukere. Det er ikke slik at LAR-brukere får relativt sett mer ressurser i kommuner med mindre ressurser til rusarbeid. En del kommuner synes likevel å holde igjen når det gjelder å søke inn flere LAR-klienter, slik de mener behovet er til stede for, på grunn av ressursmangel. Dette viser, etter vårt skjønn, først og fremst at det er for små ressurser til å ta seg av rusmisbrukere generelt, men at det strukturerte opplegget LAR representerer tydeliggjør denne ressursknappheten. Ressursknapphet i kommunene kan derfor vise seg å være en like betydningsfull flaskehals som ressursituasjonen i sentrene, men ressursknappheten i kommunene vil kanskje ikke bli like synlig.

I tillegg til at det er behov for flere stillinger og større økonomiske ressurser i mange kommuner, er det viktig at kompetansen hele tiden utvikles. Det er en forutsetning både for gode resultater og for effektiv utnyttelse av stilingsressursene at kompetansen er god og at det arbeides etter systematiske opplegg.

8.6 Utnyttes ressursene kostnadseffektivt?

Vi konsentrerer vurderingen her om de statlige ressursene til LAR – dvs bevilgninger til legemidler, senterdrift og betaling til legene og andre aktører for urinprøver og andre statlig finansierte deler av LAR-arbeidet. Vi går dermed ikke tilsvarende inn på kostnadseffektiviteten i kommunenes del av LAR-arbeidet.

Det er relativt stor forskjell på kostnadene for en gjennomsnitts legemiddeldose for de to legemidler som brukes nå – metadon og buprenorfin. Når det er forskrivende lege som avgjør hvilket legemiddel som skal brukes, samtidig som det åpenbart er ulike faglige vurderinger mellom regionsentrene her, blir det åpning for at det dyreste legemiddelet brukes i større omfang enn det er klare medisinske indikasjoner for. I så fall utnyttes ikke ressursene til legemidler kostnadseffektivt.

Det er betydelige forskjeller mellom LAR-sentrene når det gjelder "produktiviteten" målt som antall brukere pr ansatt i senteret. Som påvist i kapittel 6.2 foran, varierer antall LAR-brukere pr ansatt pr region fra 13 til 32. Disse forskjellene skyldes i stor grad ulik arbeidsform i sentrene, særlig mht i hvilken grad og hvor lenge senteret selv er direkte involvert i behandlingen. Sentrene har imidlertid vesentlig hyppigere kontakt med brukerne i oppstart- og stabiliseringsfasen enn i senere faser, dvs at sentre med sterk vekst i antall brukere nødvendigvis vil bruke mer ressurser pr bruker enn sentre med lavere vekst. Det må likevel kunne sies at ressursbruken ikke kan være like kostnadseffektiv i alle sentrene når "produktivitetsforskjellene" er så store. Før det kan sies noe mer normativt om dette er det imidlertid nødvendig å avklare hvilke oppgaver sentrene skal dekke, og hvilke oppgaver som bør dekkes lokalt. Jfr også det som er sagt om "dimensjonerende bemanningsnorm" i sentrene i kapittel 8.5 foran.

En del av våre informanter stiller spørsmål ved om nytten av urinprøvene står i forhold til kostnadene – det hevdes at urinprøvene er like kostbare som legemidlene. Urinprøvene er en sentral del av kontrollregimet i LAR, men de er bare nyttige så lenge de avlegges under tilstrekkelig kontroll, og så lenge resultatene faktisk anvendes i forbindelse med oppfølgingen av brukeren.

Vi har ikke tilstrekkelig informasjon til å gjøre en full vurdering av hvor effektivt kommunene nytter ressursene. På bakgrunn av den informasjon vi har, må vi nøye oss med å konstatere følgende: Det er betydelige variasjoner i hvor godt organisert kommunenes arbeid med LAR er. Det er også variasjoner i kompetanse og erfaring. Dette skyldes en rekke forhold som det ligger utenfor denne evalueringens rammer å komme inn på. Når slike store variasjoner foreligger, er det også nødvendigvis store variasjoner i hvor effektivt kommunene nytter ressursene. Sentrene bør ta et aktivt ansvar når det gjelder å bygge kompetanse, metodisk arbeid og stille krav til organisering rundt pasienten. Sentrene kan ikke stille krav til hvordan kommunene ordner sin organisasjonsstruktur, men det kan stilles krav om at den samlede kommunale organisasjon fungerer i samarbeidet rundt pasienten⁶⁹. Kommunene kan også oppleve at det er vanskelig å nytte sine ressurser effektivt fordi det er mangel på tilgjengelige virkemidler. Det handler ikke minst om mulighetene til å skaffe arbeid og beskjeftigelse og å bidra til å legge til rette for å skape nye sosiale relasjoner.

⁶⁹ LAR er for eksempel ikke noen særoppgave for en eventuell rusetat i kommunen. Har kommunen et sosialkontor med ansvaret for de økonomiske forhold og et boligkontor med ansvaret for å skaffe bolig, er kommunen like forpliktet til at de instansene stiller opp. Vi har dessverre kunne konstatere at i en del kommuner fører manglende internt samarbeid til dårligere ressursutnytting enn nødvendig.

8.7 Er finansieringsformen hensiktsmessig?

LAR i sentrene har vært finansiert ved tradisjonell statsbudsjettering. Drift av sentrene har vært budsjettert på én post og legemidler på en annen. Det har vist seg å ikke være hensiktsmessig. Partielle ressursproblemer har oppstått på den måten.

Sentrene er nå lagt inn under RHFene. Da melder spørsmålet seg om staten fortsatt skal øremerke midler til drift av sentrene.

Vi tror at det fortsatt kan være hensiktsmessig i en periode, fordi det er så stor politisk oppmerksomhet omkring LAR, og fordi det fortsatt er usikkert hvor stort behov en vil akseptere. På lengre sikt er det imidlertid ikke grunn til å holde fast på øremerkingen.

Dersom det lages en foreløpig norm for bemanning på sentrene i forhold til antall pasienter i de ulike fasene, kan kapasiteten i LAR styres nesten utelukkende gjennom bevilgning til sentrene. Legemidlene bør betales over folketrygden. Dersom det er innvendinger mot det som vi ikke kjenner, bør det ikke settes budsjetttrammer for legemidlene. Omfanget vil regulere seg selv i forhold til inntaket, som vil være styrt av bemanningen i sentrene.

Motforestillingen mot en fortsatt rammefinansiering er at en ikke vil greie å tilpasse tilbudet i tilstrekkelig grad til behovet. Hvis en ønsker å unngå det, må en lage et system der pengene i større grad følger pasienten, for eksempel kan behandlingsforløpet deles inn i flere faser og det kan fastsettes en sats for hver fase pr bruker. I tillegg kan sentrene få en grunnbevilgning for å dekke det en vil betrakte som faste kostnads-komponenter.

Når en mener en har nådd en akseptabel behovsdekning, bør en slutte å særbehandle sentrene med øremerkede midler.

Skulle en velge å gå bort fra ett senter i hver region, vil et system der pengene følger pasienten, etter de prinsipper vi har antydnet ovenfor, være å foretrekke. På sikt vil det kunne samsvare med mer fri etablering av sentre, også private sentre, som godkjennes som tverrfaglig spesialisthelsetjeneste, om en ønsker det.

8.8 Oppsummering og drøfting

LAR må langt på vei betraktes som en vellykket strategi for rehabilitering av opiat-avhengige – så sant en ikke stiller for strenge krav til hva "rehabilitering" skal innebære. I tillegg har LAR utvilsomt fungert utmerket som et skadereduserende tiltak – og som vi så i kapitel 3.1, var dét sosialkomitéens utgangspunkt for igangsetting av LAR-programmet. Det er imidlertid en betydelig politisk og faglig utfordring å definere ambisjonsnivået for LAR og eventuelle supplerende tiltak nærmere. Det er behov for en avklaring av hvor høyt – eller lavt – listen skal legges for dem som antas å ha rehabiliteringspotensiale. Det er også et akutt behov for å klargjøre strategi overfor (potensielle) brukere som ser ut til å mangle motivasjon og/eller evne til å kutte ut rusmidler over tid.

Det hersker svært ulike oppfatninger om det bør etableres et "lavterskeltilbud" med slakkere kontroll og høy toleranse for såkalt sidemisbruk. De fleste LAR-brukere vi har snakket med, mener at et slikt tilbud vil bli en sovepute for både brukere, fagutøvere og politikere. Vår vurdering er at det *ikke* bør etableres et lavterskeltilbud i denne betydning. En bør heller endre utskrivningsreglene slik at utskrivning bare kan skje på grunnlag av medisinsk vurdering, det vil si at pasienten ikke har en nytte av behand-

lingen som står i forhold til kostnadene. Det bør på alle plan arbeides for å sikre at det ikke skjer en gradvis glidning bort fra rehabiliteringsmålet.

Dersom det likevel etableres et slikt tilbud, er det vesentlig at det skilles klart fra dagens LAR, slik at en ikke blander brukere med helt ulike holdninger og anstrengelser når det gjelder bruk av rusmidler. Gjøres ikke dette, vil de motiverte LAR-brukerne få et enda vanskeligere utgangspunkt for rehabilitering. Uansett er det innenfor LAR-tilbudet et åpenbart behov for en nærmere presisering og en mer ensartet praksis når det gjelder toleranse for og reaksjoner ved "sprekk".

Det har vært en overraskelse for oss at rehabiliteringsdelen av LAR-tilbudet er så svakt beskrevet, særlig sett i kontrast til de detaljerte veiledningene når det gjelder medisineringsdelen. Vi tror nok at man langt på vei vil og må bruke de samme metoder overfor LAR-brukere som overfor andre klienter med rehabiliteringsbehov. Langtkomne opiatbrukere må imidlertid antas å ha noen særtrekk som frambyr spesielle utfordringer i rehabilitering. Generelt virker det påfallende at sentrale myndigheter ikke har sørget for en systematisk beskrivelse av hva som bør inngå i godt og virkningsfullt sosialfaglig arbeid overfor LAR-klienter.

Rusreformen innebærer at LAR-brukerne – og opiatmisbrukere som ikke tas inn i LAR – har fått en ganske annen rettslig status. Slik vi vurderer det, har en ikke tatt konsekvensene av dette tilstrekkelig inn over seg ennå. Det er nødvendig med en grundig gjennomtenkning av hva det innebærer at opiatmisbrukere har fått pasientrettigheter. Særlig er det nødvendig å revurdere de sanksjonsmidler som er lagt inn i LAR-systemet, dvs utskrivning som reaksjon mot "sidemisbruk" og trusler eller vold. Disse reaksjonsformene var nok lite egnet til å vekke oppsikt så lenge LAR-brukerne var definert som sosialklienter, men de står seg dårlig når sammenligningsgrunnlaget blir andre pasientgrupper i helsevesenet, herunder psykiatrien.

Ansvar og oppgaver for spesialisthelsetjenestedelen av LAR, dvs LAR-sentrene, bør gjøres mye tydeligere. Det bør etableres sentrale retningslinjer for sentrenes ansvar og oppgaver i forhold til lokale aktører både når det gjelder behandling (klinikk), veiledning og oppfølging/kontroll. LAR-sentrene bør være kunnskapsinstitusjoner med ansvar for kunnskap om alle sider ved behandlingen, både medisinsk, sosialfaglig og psykologisk. Det bør legges særlig vekt på å styrke sentrenes systemkompetanse, slik at sentrene blir bedre bidragsytere i forhold til hensiktsmessig organisering av de sentrale og lokale delene av LAR-apparatet, involvering av aktuelle aktører, samt opplegg for kvalitetssikring av LAR-arbeidet. De regionale helseforetakene (RHFene) bør organisere sin LAR-virksomhet slik at den kan ha både tilstrekkelig spisskompetanse og tilstrekkelig nærhet til og kontakt med lokale aktører. Organiseringen bør sikre at brukerne og aktørene bare forholder seg til to nivåer – spesialistnivået og det lokale nivået. Spesialistnivået bør også ha et særskilt ansvar for å sikre nødvendig kontakt til og tilgang på psykiatrisk behandling.

Ressurstilførselen til LAR ligger åpenbart langt under det det er behov for. Målgruppen er definert som vesentlig større enn opprinnelig antatt, og ressursinnsatsen overfor enkeltbrukere er i mange tilfelle altfor liten til å kunne gi de ønskede resultater. En virksom strategi krever at ressurstilgangen står i forhold til behovene. Sentrale myndigheter må særlig tilse at LAR-sentrene settes i stand til å gjøre sin del av jobben. Samtidig bør det legges innsats i å finne ut av årsakene til at ressursutnyttelsen varierer såpass mye mellom regionene.

For å sikre at LAR blir et likeverdig utbygd tilbud i alle helseregioner bør LAR-sentrene finansieres med særskilte midler inntil antatt full kapasitet er bygget opp. Alternativt kan det vurderes et system med "stykkprisfinansiering" med ulik pris for pasienter i

ulike faser. Kommunene bør få tydeligere pålegg om å gjennomføre og følge opp viktige tiltak, særlig egnet bolig, atskilt fra rusmiljøer, og egnete, individuelt tilpassete tiltak for å gi brukere arbeid eller annen meningsfylt beskjeftigelse. Det bør også vurderes tiltak for å gi kommunene flere virkemidler her, f eks vernede arbeidsplasser og utvidede attføringsordninger. Den videre utviklingen av LAR i Norge bør ha "alminneliggjøring" som generelt siktemål - dvs at LAR i størst mulig grad integreres eksisterende tjenestetilbud, herunder allmennlegetjenesten, og knyttes opp til vanlige sosiale arenaer.

VEDLEGG I:

Litteratur

- Andresen, K & N Jentoft: *Nytte- og kostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige i Vest-Agder*. Agderforskning, FoU-rapport nr 8 2002
- Allmennlegenes rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering*. Alment praktiserende lægers forening (APLF), hefte, 2002
- Bachs, L, J Bramness & H Waal: *Buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering – hva vet vi i dag?* Relis/Helseregion Øst, Statens retts toksikologiske institutt, Universitetet i Oslo, 2001
- Berglund, M et al: *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*. Socialstyrelsen, 2001
- Boe Kielland, K: *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Statens helsetilsyn, utredningsserie 10-2000
- Espregen, O & Ø Kristensen: *Subutex/Metadon*. Foreløpig rapport, Ruspoliklinikken, Vest-Agder fylkeskommune, 2002
- Haga, W et al: *Subutex-støttet rehabilitering i Helseregion 3. Utprøving av en lokalbasert modell og ett års oppfølging av klientgruppen*. Stiftelsen Bergensklinikkene, 2002
- Kornør, H & H Waal: *Metadondose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikament-assistert rehabilitering*. *Tidsskrift Nor Lægeforening*, nr 3 2004
- Krook, A et al: *A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway*. *Addiction*, vol 97, 2002
- Kurtze, N & AH Eide: *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF-Unimed, 2003, Rapport STF78 F035002
- MARIO: *Notat om lavterskel*, januar 2001
- MAR i Norge. Utvikling, utfordringer og perspektiver*. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene, Bergen 29-30 nov 2002.
- Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998-2000*. Notat jf nasjonalt kontaktmøte, 2000.
3. *nasjonale MAR-konferanse 16.-17. jan 2003*. Foredrag og presentasjoner. www.rusmiddeletaten.no, Oslo 2003
- Norges offentlige utredninger. *Forskning på rusmiddelfeltet*. NOU 2003:4
- Norges offentlige utredninger. *Helhet og plan i helse- og sosialtjenestene*. NOU 2004:18
- Oslo kommune, Rusmiddeletaten: *Forslag om etablering av lavterskeltilbud for rusmiddelmissbrukere*, notat av november 2000

- Ravndal, E & G Lauritzen: Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. *Tidsskrift Nor Lægeforening*, nr 3 2004
- Ravndal, E et al: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? –en prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. Sirius-rapport nr. 4/2003
- Ruud, T & D Reas: *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF-Unimed, 2003, Rapport STF78 F035003
- SIRUS: *Rapport om narkotikasituasjonen i Norge 2003 (EMCDDA)*. SIRUS, 2004
- Skeie, I: Stoffmisbruk(ere) - en utfordring for fastlegen. I *Utposten* 2003 (1)
- Skeie, I: Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse. I *Utposten* 2003 (5)
- Skeie, I: "Hvorfor er de så vanskelige?" Stoffmisbrukeren som pasient hos fastlegen. I *Utposten* 2003 (7/8)
- Skeie, I: "Hvordan gjør vi det i praksis?" Legemiddelassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. I *Utposten* 2004 (1)
- Skretting, A & C Dammen: Bruk av Subutex i Norge. Fra metadon- til legemiddelassistert behandling. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* vol 20, 2003
- Sosial- og helsedirektoratet: *Legemiddelassistert rehabilitering. Faglig tilråding*. Notat til Helsedepartementet, 2003.
- Van Beusekom, I & I Martin: *A Review of Recent Advances in Knowledge About Methadone Treatment*. 2001
- Vindedal, B: *Lavterskel helsetilbud. Beskrivelse og vurdering av prøveprosjektet Feltpleien*. Oslo kommune, Rusmiddeletaten, 1999
- Vindedal, B: *Metadonassistert rehabilitering I Norge. Statusrapport juni 2000*. Sosial- og helsedepartementet, 2000
- Vindedal, B, RH Knoff & LE Steen: *Gjennomgang av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjonene*. Oslo kommune, Rusmiddeletaten, 2002
- Waal, H, A Krook, G Welle-Strand, O Espegren, R Hole, KB Lazardis et al: En nasjonal model for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. *Tidsskrift Nor Lægeforening*, nr 19, 2001
- Øverås, S: *Fra portvakt til døråpner. En midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet (Rus og psykiatri/ROP-Tøyen)*. FAFO-notat 2003:22

Forskrifter, Rundskriv

- Retningslinjer for metadonassistert rehabilitering*. Sosial- og helsedepartementet, 1998 - I-25
- Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering*. Sosial- og helsedepartementet, 2000 - I-35
- Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk*. Statens helsetilsyn, 2000 – IK-15
- Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Sosial- og helsedepartementet, 2001 – I-33
- Vanedannende legemidler – Forskrivning og forsvarlighet*. Statens helsetilsyn, 2001 – IK-2755

Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven, Helse-
departementet, 2004 – I-8

Veiledere

Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold. Justisdepartementet, Kommunal-
departementet, Sosialdepartementet, 2002 – U-10

Veileder for sosialfaglig rehabilitering. Oslo, MARIO 2001/MAR-Øst 2004

Veileder for helsepersonell i medikamentassistert rehabilitering. Oslo, MARIO 2002

Veileder for apotekansatte i medikamentassistert rehabilitering. Oslo MARIO 2002

Veileder for bydelsbasert medikamentassistert rehabilitering. Oslo, MARIO 2001

Veileder for hepatitt C hos misbrukere. Oslo, MARIO 2002

Veileder for medikamentassistert rehabilitering. Samarbeid med kriminalomsorgen.
Oslo, MARIO 2003

Veileder for medikamentassistert rehabilitering til gravide. Oslo, MARIO 2001

Veileder for medikamentassistert rehabilitering i psykiatriske institusjoner. Oslo,
MARIO 2001

VEDLEGG II:

Forskningsbasert kunnskap

I forbindelse med denne evalueringen har vi ikke gjennomført egne litteratursøk eller gjennomganger av forskningsbasert kunnskap om LAR. Når det gjelder generell kunnskapsstatus på feltet, har vi basert oss på foreliggende materiale (se nedenfor). Vi har dessuten gjort oss kjent med og delvis gjennomgått nyere norske forskningsbidrag med referanse til LAR i Norge (se litteraturlisten i vedlegg I).

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2002 et arbeid med å finne, vurdere og sammenfatte internasjonal forskning innen rusfeltet generelt og om LAR spesielt. Resultatet var bl a et grunnlagsdokument for den regjeringsoppnevnte forskerkommisjonens arbeid (*Forskning på rusmiddelfeltet*, NOU 2003:4). En oppsummering av nyere forskningsbasert kunnskap om LAR er grunnlaget for Sosial- og helsedirektoratets faglige tilråding til Helsedepartementet (*Legemiddelassistert rehabilitering. Faglig tilråding*. Sosial- og helsedirektoratet 2003).

Andre omfattende gjennomganger, vurderinger og oppsummeringer av LAR-relevant internasjonal forskning er

- Van Beusekom, I & M Iguchi (2001) *A Review of Recent Advances in Knowledge about Methadone Maintenance Treatment*, gjennomført på oppdrag fra den sveitsiske regjeringen
- Berglund, M et al (2001) *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*, gjennomført på oppdrag fra Socialstyrelsen i Sverige

Forskning om LAR er rettet mot en rekke ulike problemstillinger, og dreier seg kort oppsummert om:

Hva finnes av retningslinjer for LAR i ulike land? Det som finnes av retningslinjer har stort sett flg felles basis *mht inntakskriterier*:

- Opiatavhengighet - i henhold til svært forskjellige kriterier; for eksempel jf ICD-10, varighet (hvis spesifisert: 6 mnd-4 år), daglig inntak mm
- Behandlingsprioritet til HIV-smittede, gravide og de med LAR-bruker som samboere
- Minimums alder; for eksempel 18 år, 20 år (Sverige og Finland), 22 år med mer

Når det gjelder evt *retningslinjer for selve behandlingen* er det stor diversitet mht hva som vektlegges og anbefales utover å fastsette hvem som kan forskrive og dele ut.

Utfall, resultat, effekt av LAR.

- I løpet av de siste årene har stadig flere studier bekreftet at *metadon og buprenorfin har god effekt* – i form av redusert opiatinntak og oppfølging av behandlingen
- Systematiske oversikter og vurderinger over forskning som *sammenligner metadon og buprenorfin*, peker mot at forskjellen i effekt er relativt liten (gitt ekvivalente doser), men på sikt gir metadonbehandling bedre retensjon ved alle vanlig brukte doseringer (over 60 mg/døgn)

- Mht å dokumentere *prognostiske faktorer for behandlingseffekt* er kunnskapen fortsatt usikker, men såkalt "tidlig vellykket behandling" framstår som mulig prediksjonsfaktor.
- Resultatstudier av LAR fokuserer ofte "*dosering*", og en rekke studier gir støtte til at høye metadondoser (< 60 mg/døgn) er mer effektivt enn lave. Det er fortsatt mye diskusjon omkring hva som er hensiktsmessig oppstartdose, og hva som bør være maksimal dose.
- Mye forskning om *dødelighet og overdoser* er gjennomført, og indikerer at risikoen for overdosedød for LAR-brukere, er redusert til ¼ sammenlignet med de (tunge opiatmisbrukere?) som står utenfor programmet. Mange av studiene fokuserer faren med metadon og buprenorfin på avveie, som følge av liberale henteordninger.
- Problemstillinger vedr "*sidemisbruk*"; inntak av illegale rusmidler og ikke-forskrevne medikamenter er gjenstand for en rekke studier, bl.a. med sikte på å undersøke nytten av å belønne rusfrihet og annen "ønsket" adferd. Det er etter hvert nokså godt dokumentert at belønning i form av vouchers/kjøpekort bidrar til adferdsendring i ønsket retning. Belønning i form av liberaliserte av henteordninger synes å ha lignende motivasjonseffekt.
- Forskingen dokumenterer at innsats i form av *psykososiale tiltak* i tillegg til eller i kombinasjon med substitusjonsmedikamenteringen gir høynet effekt. En rekke studier (gjelder både LAR og medikamentfri behandling) viser også at intensiv psykososial behandling eller innsats gir bedre resultater enn mindre intensiv behandling, og at tverrfaglig innsats eller behandlingstilnærming gir bedre resultater en mer endimensjonal tilnærming. Hvilke konkrete elementer som inngår i de mer effektive behandlinger/tilnærminger, er noe uklart. Berglund et al (2001) sin gjennomgang av 112 randomiserte, kontrollerte studier av psykososial behandling (i LAR), inndeler behandlingstypene i 3 kategorier (nedenfor), og konkluderer med at bare de to siste synes å ha effekt i forhold til misbruket og i forhold til retensjon.
 - *Støttende (uspesifikke) behandlingsmetoder*, som ofte bygger på at man forsøker å få til et godt samarbeid mellom klient, fagperson/ansvarlig og andre involverte. Behandlingen er i liten grad konkretisert eller tydeliggjort i form av metodebeskrivelser, håndbøker el
 - *Læringsorienterte behandlingsmetoder*, som sikter mot å forandre rusmisbruksadferden. Stort sett basert på adferdsterapeutiske tilnærminger, og utføres av personale med bestemt kompetanse eller av personale som arbeider systematisk i henhold til metodikk/manual.
 - *Psykoterapeutiske behandlingsmetoder*, herunder familierapi, kognitiv terapi og dynamisk orienterte metoder, som ofte forutsetter spesifikk kompetanse.

VEDLEGG III - STATISTIKK

Statusundersøkelsen 2003 -

Brukerkjennetegn

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Representativitet																
antall i LAR pr 31/12	2429	1313	98	111	138	267	699	495	151	70	127	76	438	252	186	183
antall registrert her	2168	1024	75	86	135	135	593	553	173	73	76	96	416	228	188	175
registrar / totalt antall	0,89	0,78	0,77	0,77	0,98	0,51	0,85	1,12	1,15	1,04	0,60	1,26	0,95	0,90	1,01	0,96
Kjønn og alder																
kvinne	31 %	34 %	32 %	35 %	26 %	33 %	37 %	28 %	29 %	27 %	25 %	30 %	26 %	27 %	26 %	34 %
menn	69 %	66 %	68 %	65 %	74 %	67 %	63 %	72 %	71 %	73 %	75 %	70 %	74 %	73 %	74 %	66 %
gj. snittsalder - år	38	40	41	40	39	39	41	38	37	37	39	39	37	38	37	39

Behandlingsvarighet - dager i gj. snitt

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
fortsatt i behandling	828	783	972	754	912	717	735	770	917	735	760	672	579	659	499	645
utskrevet	756	680	603	632	1039	828	623	590	475	623	878	435	309	332	287	248

Statusundersøkelsen 2003 -

Organisering, medisiner og oppfølging

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Foreskrivende lege																
lege i LAR-tiltak	50 %	46 %	3 %	9 %	1 %	3 %	77 %	38 %	77 %	95 %	3 %	0 %	89 %	83 %	95 %	17 %
fastlege	48 %	50 %	97 %	87 %	93 %	91 %	20 %	60 %	22 %	5 %	96 %	92 %	11 %	17 %	4 %	82 %
annen lege	2 %	2 %	0 %	1 %	4 %	0 %	2 %	2 %	1 %	0 %	1 %	8 %	0 %	0 %	1 %	0 %
ukjent	1 %	1 %	0 %	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Medikament																
metadon	76 %	89 %	89 %	87 %	91 %	88 %	89 %	84 %	72 %	78 %	76 %	98 %	38 %	34 %	43 %	87 %
subutex	23 %	9 %	9 %	10 %	8 %	10 %	10 %	15 %	28 %	22 %	24 %	0 %	61 %	66 %	56 %	13 %
ukjent	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %

TOTAL ØST Oppl Hedm Østfold Akersh Oslo SØR V-Agder A-Agder Telem Vestff Busk VEST H + SF Rog M-N

Døgndose i mg (gj snitt)

metadon	112	110	135	100	100	100	100	110	114	130	114	101	107	91	91	139
subutex	20	16	16	16	16	16	16	16	22	17	17	34	20	15	14	25

Utleveringssted

LAR-tiltak	7%	14%	7%	0%	1%	0%	23%	2%	3%	5%	0%	1%	0%	1%	0%	2%
apotek	58%	69%	68%	78%	86%	87%	60%	65%	55%	60%	61%	77%	70%	15%	24%	72%
hjemmejeneste	8%	3%	7%	1%	1%	3%	4%	18%	28%	19%	25%	4%	14%	4%	3%	11%
inst/bosenter/fengsel	9%	9%	8%	16%	5%	5%	10%	11%	10%	11%	8%	11%	13%	6%	5%	9%
annet	17%	2%	8%	0%	6%	3%	1%	5%	3%	4%	7%	7%	4%	74%	67%	6%
ukjent	1%	2%	3%	2%	3%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Antall utleveringssteder for hver bruker

kun ett sted	87%	84%	81%	83%	86%	85%	84%	92%	99%	84%	71%	96%	96%	88%	84%	83%
to flere steder pr uke	9%	7%	3%	10%	8%	1%	9%	8%	1%	16%	26%	4%	4%	12%	15%	16%
ukjent	4%	9%	16%	7%	6%	13%	7%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%

Urinprøvested

LAR-tiltak	21%	31%	5%	0%	18%	1%	49%	22%	60%	23%	0%	1%	0%	2%	1%	2%
lege-/helsesenter	44%	37%	85%	73%	54%	73%	14%	50%	28%	47%	59%	85%	36%	52%	72%	41%
laboratorium	6%	9%	0%	6%	4%	13%	10%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	23%
inst/bosenter/fengsel	9%	10%	4%	16%	8%	7%	10%	10%	10%	12%	5%	7%	14%	6%	5%	10%
annet	15%	3%	5%	3%	7%	1%	3%	16%	0%	16%	34%	4%	48%	39%	21%	23%
ukjent / ingen prøver	5%	10%	0%	1%	9%	5%	13%	1%	0%	0%	0%	3%	1%	2%	1%	1%

Urinprøvehypighet

regelmessig	77%	65%	44%	60%	79%	69%	59%	84%	95%	96%	72%	76%	75%	97%	96%	83%
sjeldnere enn ukjentlig	16%	22%	40%	36%	13%	22%	23%	14%	5%	4%	28%	16%	24%	1%	2%	16%
ingen prøver	5%	9%	11%	1%	8%	6%	12%	2%	0%	0%	0%	6%	1%	1%	2%	0%
ukjent	2%	4%	5%	2%	0%	3%	5%	1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	1%

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Møtt til avtale siste 4 uker																
LAR-tiltak	41 %	40 %	3 %	16 %	14 %	11 %	61 %	37 %	45 %	60 %	39 %	18 %	32 %	26 %	39 %	81 %
Kommune (sos/rus)	55 %	53 %	71 %	78 %	65 %	60 %	43 %	46 %	45 %	60 %	38 %	49 %	60 %	49 %	72 %	87 %
Ansvarsgruppe	55 %	52 %	63 %	41 %	68 %	54 %	48 %	69 %	73 %	59 %	61 %	66 %	51 %	48 %	54 %	37 %
Foreskrivende lege	35 %	39 %	76 %	62 %	65 %	44 %	24 %	41 %	29 %	41 %	56 %	42 %	7 %	9 %	5 %	61 %
Psyk behandler	14 %	14 %	12 %	17 %	16 %	7 %	15 %	14 %	12 %	16 %	24 %	7 %	13 %	14 %	12 %	17 %

Data fra Statusundersøkelsen 2003 -

Resultater

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Yrkesstatus																
uten beskjeftigelse	78 %	82 %	69 %	81 %	78 %	75 %	85 %	73 %	72 %	82 %	74 %	69 %	81 %	82 %	79 %	65 %
heltidsjobb	8 %	6 %	9 %	8 %	9 %	10 %	4 %	9 %	9 %	4 %	5 %	16 %	5 %	5 %	6 %	14 %
deltidsjobb	6 %	5 %	11 %	6 %	5 %	5 %	4 %	8 %	10 %	4 %	13 %	2 %	6 %	5 %	6 %	10 %
under utdanning	7 %	6 %	8 %	3 %	7 %	8 %	5 %	7 %	6 %	5 %	7 %	13 %	7 %	7 %	7 %	9 %
deltidsjobb+utdanning	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	4 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %
ukjent	1 %	1 %	3 %	0 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %

Arbeidstrening/kurs

ja	13 %	12 %	9 %	27 %	14 %	11 %	10 %	14 %	17 %	10 %	17 %	13 %	10 %	8 %	13 %	22 %
ukjent	4 %	4 %	1 %	2 %	0 %	16 %	4 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	5 %	4 %	7 %	3 %

Dagtilbud (dagsenter eller lignende)

ja	21 %	24 %	13 %	21 %	28 %	10 %	15 %	17 %	22 %	23 %	15 %	10 %	19 %	5 %	35 %	23 %
ukjent	5 %	7 %	0 %	2 %	1 %	16 %	4 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	4 %	2 %	7 %	4 %

Fast fritidsaktivitet

ja	22 %	24 %	35 %	31 %	33 %	20 %	21 %	23 %	26 %	29 %	18 %	10 %	29 %	19 %	40 %	36 %
ukjent	6 %	7 %	5 %	9 %	1 %	8 %	9 %	4 %	3 %	0 %	7 %	5 %	13 %	7 %	19 %	4 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Viktigste inntekt																
forsørget av andre	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%
arbeidsinntekt	6%	5%	9%	3%	4%	8%	4%	8%	4%	13%	5%	13%	4%	4%	4%	8%
studielån/stipend	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
dagpenger (arb ledig)	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	1%	0%
sykepenger	1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	0%	1%	2%	3%	1%	0%	2%	0%
attføring/rehab trygd	34%	25%	40%	34%	28%	30%	19%	40%	41%	34%	45%	45%	41%	32%	51%	45%
uførepensjon	37%	41%	41%	47%	37%	39%	46%	35%	29%	39%	30%	31%	24%	29%	16%	36%
stønad enslig forsørger	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%
sosialhjelp	19%	24%	8%	15%	25%	18%	28%	11%	11%	9%	15%	5%	24%	26%	22%	9%
annet	1%	1%	1%	0%	1%	2%	2%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
ukjent	2%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	3%	1%	2%	2%	4%	6%	2%	0%
Boligforhold																
ingen bolig	1%	2%	1%	0%	1%	2%	2%	2%	3%	0%	1%	0%	1%	0%	1%	1%
hospits/hypelhus	6%	8%	1%	0%	4%	2%	12%	1%	0%	3%	2%	0%	6%	12%	0%	3%
institusjon	7%	8%	0%	10%	2%	1%	11%	9%	8%	5%	8%	0%	3%	1%	6%	7%
fengsel	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	11%	3%	3%	3%	0%
hos foreldre	6%	6%	4%	3%	8%	9%	6%	7%	6%	4%	7%	0%	7%	8%	5%	1%
hos andre	3%	3%	1%	1%	1%	6%	3%	3%	7%	0%	4%	11%	3%	4%	1%	3%
egen bolig	75%	71%	92%	85%	84%	76%	62%	76%	73%	88%	76%	73%	77%	71%	83%	86%
annet	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%
ukjent	1%	1%	0%	0%	0%	1%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%
Sosialt nettverk																
familie m/rusproblem	12%	13%	9%	22%	5%	14%	13%	14%	15%	8%	14%	6%	8%	8%	13%	21%
familie uten rusprobl	36%	35%	44%	34%	53%	39%	30%	35%	29%	59%	37%	36%	37%	32%	8%	35%
venner m/rusprobl	22%	22%	12%	19%	12%	18%	27%	26%	30%	11%	30%	40%	13%	18%	43%	23%
venner uten rusprobl	8%	8%	11%	8%	7%	19%	8%	12%	5%	11%	4%	7%	9%	9%	7%	8%
mest alene	13%	13%	21%	14%	18%	13%	11%	10%	21%	9%	7%	7%	18%	17%	9%	11%
ukjent	8%	8%	3%	3%	5%	7%	11%	3%	2%	3%	7%	3%	15%	16%	19%	1%

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR	V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Psykiske vansker siste 4 uker																	
alvorlig depresjon	12 %	14 %	17 %	19 %	10 %	17 %	14 %	7 %	11 %	7 %	5 %	5 %	6 %	12 %	15 %	8 %	16 %
ukjent	14 %	15 %	4 %	12 %	4 %	15 %	19 %	9 %	2 %	1 %	22 %	16 %	5 %	22 %	19 %	25 %	3 %
alvorlig angst	16 %	18 %	17 %	21 %	16 %	20 %	17 %	15 %	14 %	30 %	9 %	14 %	13 %	14 %	14 %	13 %	17 %
ukjent	14 %	15 %	1 %	12 %	4 %	14 %	19 %	8 %	2 %	1 %	22 %	13 %	6 %	23 %	21 %	25 %	6 %
vrangforestillinger	3 %	4 %	3 %	1 %	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %	1 %	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %	1 %
ukjent	14 %	15 %	5 %	14 %	4 %	16 %	19 %	8 %	2 %	3 %	21 %	15 %	2 %	21 %	19 %	24 %	5 %
Kroppslige skader/sykdommer siste 4 uker																	
ja	24 %	28 %	35 %	16 %	33 %	22 %	30 %	24 %	31 %	14 %	24 %	13 %	35 %	14 %	13 %	14 %	21 %
ukjent	11 %	14 %	17 %	16 %	8 %	10 %	16 %	5 %	2 %	3 %	5 %	14 %	1 %	14 %	14 %	13 %	1 %
Injisert rusmidler siste 4 uker																	
ja	15 %	15 %	7 %	16 %	12 %	10 %	17 %	15 %	22 %	16 %	11 %	10 %	11 %	15 %	16 %	14 %	19 %
ukjent	15 %	17 %	5 %	14 %	13 %	19 %	19 %	13 %	6 %	12 %	8 %	22 %	16 %	22 %	25 %	19 %	2 %
Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker																	
opioider	12 %	13 %	11 %	8 %	9 %	12 %	16 %	10 %	13 %	8 %	11 %	5 %	9 %	10 %	11 %	9 %	11 %
ukjent	11 %	12 %	9 %	8 %	7 %	12 %	14 %	5 %	5 %	5 %	3 %	9 %	2 %	19 %	15 %	22 %	6 %
cannabis	28 %	32 %	31 %	20 %	30 %	23 %	36 %	27 %	32 %	41 %	20 %	24 %	16 %	22 %	29 %	15 %	19 %
ukjent	11 %	12 %	4 %	8 %	7 %	12 %	15 %	5 %	3 %	5 %	1 %	9 %	2 %	18 %	14 %	22 %	4 %
benzodiazepiner	28 %	30 %	16 %	19 %	20 %	24 %	37 %	24 %	29 %	36 %	21 %	16 %	21 %	29 %	39 %	16 %	21 %
ukjent	10 %	11 %	7 %	8 %	7 %	9 %	14 %	4 %	3 %	5 %	1 %	9 %	2 %	18 %	14 %	23 %	3 %
sentralstimulerende	15 %	12 %	12 %	9 %	13 %	7 %	14 %	18 %	24 %	36 %	16 %	10 %	6 %	19 %	24 %	12 %	15 %
ukjent	11 %	13 %	4 %	12 %	8 %	13 %	15 %	5 %	3 %	5 %	1 %	9 %	2 %	19 %	14 %	24 %	3 %
alkohol	7 %	8 %	9 %	3 %	12 %	5 %	8 %	5 %	5 %	5 %	8 %	3 %	7 %	4 %	5 %	4 %	7 %
ukjent	14 %	17 %	9 %	14 %	7 %	19 %	20 %	5 %	6 %	5 %	1 %	9 %	3 %	20 %	16 %	24 %	7 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Positive urinprøver siste 4 uker																
opioider	12 %	11 %	11 %	3 %	10 %	10 %	13 %	11 %	5 %	9 %	9 %	19 %	15 %	16 %	15 %	10 %
ukjent	16 %	25 %	13 %	12 %	16 %	21 %	32 %	10 %	12 %	1 %	11 %	7 %	7 %	8 %	6 %	5 %
cannabis	28 %	27 %	32 %	17 %	27 %	27 %	28 %	29 %	37 %	24 %	31 %	26 %	31 %	36 %	27 %	19 %
ukjent	16 %	25 %	7 %	8 %	15 %	22 %	33 %	9 %	15 %	0 %	11 %	7 %	6 %	7 %	5 %	3 %
benzodiazepiner	30 %	27 %	16 %	16 %	21 %	24 %	32 %	28 %	34 %	22 %	28 %	31 %	40 %	49 %	30 %	22 %
ukjent	15 %	25 %	11 %	10 %	15 %	21 %	31 %	9 %	15 %	1 %	11 %	7 %	6 %	6 %	6 %	2 %
sentralstimulerende	17 %	13 %	13 %	5 %	13 %	7 %	15 %	17 %	11 %	16 %	16 %	14 %	28 %	31 %	23 %	15 %
ukjent	16 %	25 %	7 %	13 %	16 %	22 %	32 %	9 %	15 %	1 %	11 %	8 %	7 %	7 %	6 %	3 %
alkohol	5 %	4 %	3 %	5 %	2 %	2 %	6 %	4 %	1 %	8 %	2 %	9 %	8 %	9 %	7 %	6 %
ukjent	19 %	30 %	12 %	12 %	41 %	29 %	33 %	10 %	12 %	1 %	11 %	8 %	9 %	9 %	10 %	4 %

Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker

ingen tegn til rusing	45 %	39 %	47 %	58 %	46 %	44 %	33 %	48 %	33 %	67 %	41 %	47 %	43 %	35 %	52 %	65 %
litt rusing, lite betydn	23 %	29 %	37 %	17 %	29 %	26 %	31 %	19 %	29 %	9 %	22 %	19 %	19 %	21 %	16 %	10 %
utilstrekkelig ruskontroll	17 %	19 %	12 %	16 %	10 %	15 %	23 %	15 %	22 %	11 %	18 %	9 %	17 %	23 %	9 %	9 %
fare for utskrivning	7 %	5 %	4 %	6 %	10 %	4 %	5 %	8 %	6 %	5 %	10 %	8 %	14 %	14 %	14 %	3 %
utskrevet pga rus	9 %	7 %	0 %	2 %	5 %	11 %	8 %	10 %	8 %	8 %	9 %	17 %	8 %	7 %	9 %	13 %

Avhold fra illegale rusmidler siste år

antall mndr uten noe	6	5	6	7	6	5	4	5	4	6	6	6	5	5	5	7
antall mndr uten opiat	8	8	7	10	8	8	8	8	11	9	9	9	7	8	7	8

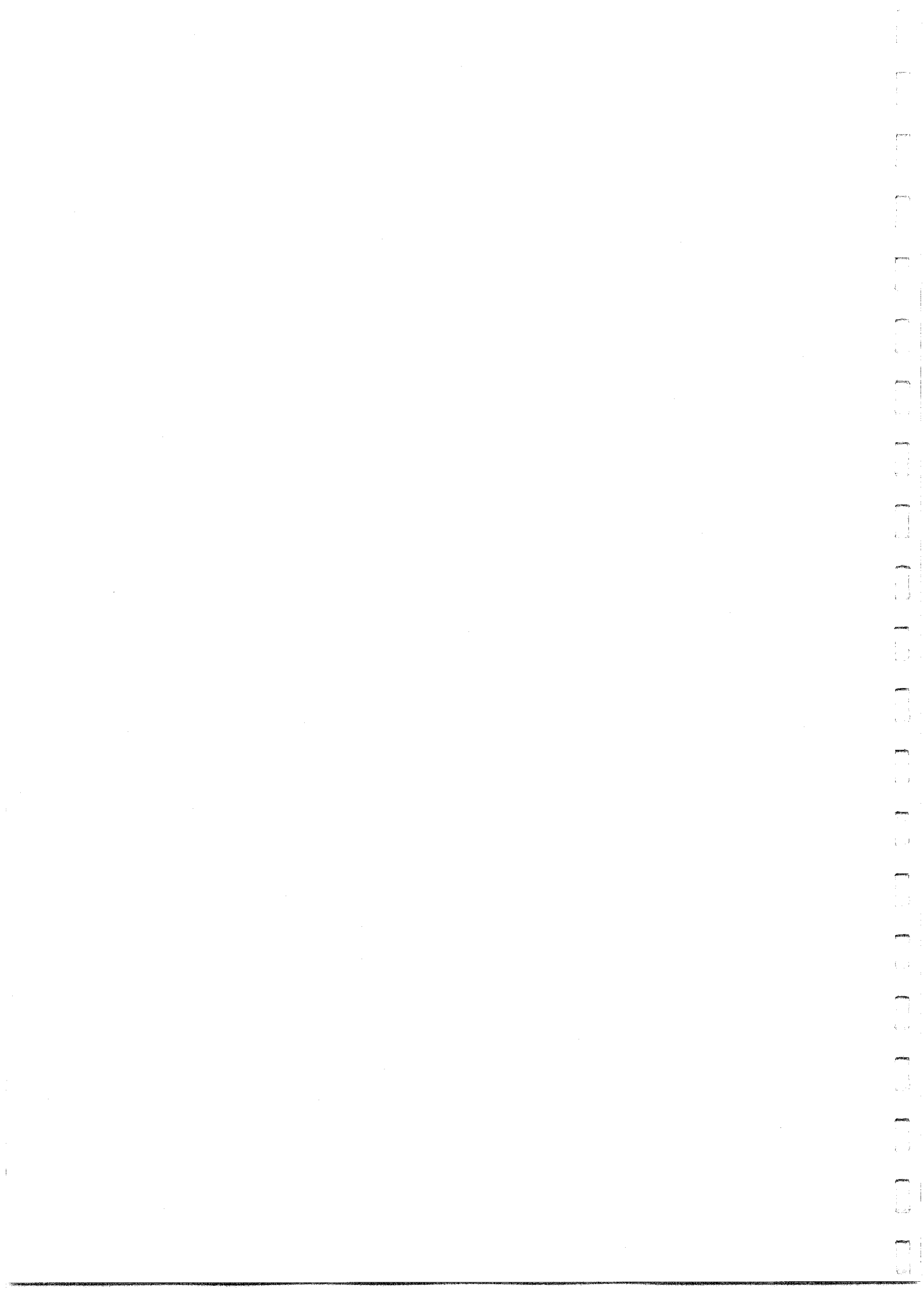
Overdose siste år

ja	3 %	3 %	1 %	6 %	6 %	2 %	2 %	3 %	4 %	1 %	1 %	1 %	3 %	3 %	4 %	1 %
ukjent	12 %	12 %	5 %	6 %	6 %	13 %	15 %	7 %	4 %	5 %	10 %	17 %	22 %	17 %	28 %	5 %

Suicidforsøk siste år

ja	2 %	2 %	4 %	3 %	4 %	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %
ukjent	11 %	12 %	3 %	5 %	4 %	8 %	16 %	5 %	3 %	4 %	9 %	7 %	21 %	14 %	29 %	4 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR	V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Lovbrudd siste år																	
arrest/varetekt	8 %	7 %	4 %	12 %	8 %	9 %	7 %	10 %	13 %	15 %	4 %	13 %	3 %	12 %	11 %	12 %	2 %
ukjent	13 %	13 %	3 %	5 %	8 %	14 %	16 %	9 %	3 %	12 %	3 %	14 %	15 %	24 %	11 %	39 %	6 %
tiltalt/reist sak	7 %	6 %	7 %	13 %	10 %	6 %	5 %	7 %	9 %	8 %	3 %	8 %	3 %	10 %	10 %	10 %	2 %
ukjent	13 %	13 %	1 %	3 %	7 %	12 %	17 %	7 %	4 %	16 %	4 %	10 %	3 %	25 %	14 %	38 %	3 %
idømt forelegg/bot	7 %	8 %	5 %	14 %	15 %	8 %	5 %	7 %	12 %	12 %	8 %	3 %	1 %	9 %	4 %	14 %	1 %
ukjent	18 %	20 %	3 %	5 %	11 %	18 %	27 %	12 %	4 %	23 %	8 %	11 %	22 %	26 %	16 %	39 %	6 %
idømt soning/sikring	7 %	7 %	3 %	8 %	6 %	10 %	6 %	7 %	8 %	7 %	1 %	10 %	3 %	8 %	10 %	6 %	3 %
ukjent	12 %	11 %	3 %	5 %	6 %	10 %	15 %	7 %	5 %	15 %	4 %	7 %	6 %	23 %	14 %	35 %	3 %



VEDLEGG III - STATISTIKK

Statusundersøkelsen 2003 -

Brukerkjennetegn

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Representativitet																
antall i LAR pr.31/12	2429	1313	98	111	138	267	699	495	151	70	127	76	438	252	186	183
antall registrert her	2168	1024	75	86	135	135	593	553	173	73	76	96	416	228	188	175
registrer / totalt antall	0,89	0,78	0,77	0,77	0,98	0,51	0,85	1,12	1,15	1,04	0,60	1,26	0,95	0,90	1,01	0,96

Kjønn og alder

kvinner	31 %	34 %	32 %	35 %	26 %	33 %	37 %	28 %	29 %	27 %	25 %	30 %	26 %	27 %	26 %	34 %
menn	69 %	66 %	68 %	65 %	74 %	67 %	63 %	72 %	71 %	73 %	75 %	70 %	74 %	73 %	74 %	66 %
gj snittsalder - år	38	40	41	40	39	39	41	38	37	37	39	39	37	38	37	39

Behandlingsvarighet - dager i gj snitt

fortsatt i behandling	828	756	783	972	754	912	717	770	770	917	735	672	579	659	499	645
utskrevet			680	603	632	1039	828	590	541	475	623	435	309	332	287	248

Statusundersøkelsen 2003 -

Organisering, medisiner og oppfølging

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Foreskrivende lege																
lege i LAR-tiltak	50 %	46 %	3 %	9 %	1 %	3 %	77 %	38 %	77 %	95 %	3 %	0 %	89 %	83 %	95 %	17 %
fastlege	48 %	50 %	97 %	87 %	93 %	91 %	20 %	60 %	22 %	5 %	96 %	92 %	11 %	17 %	4 %	82 %
annen lege	2 %	2 %	0 %	1 %	4 %	0 %	2 %	2 %	1 %	0 %	0 %	8 %	0 %	0 %	1 %	0 %
ukjent	1 %	1 %	0 %	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Medikament																
metadon	76 %	89 %	89 %	87 %	91 %	88 %	89 %	84 %	72 %	78 %	76 %	98 %	38 %	34 %	43 %	87 %
subutex	23 %	9 %	9 %	10 %	8 %	10 %	10 %	15 %	28 %	22 %	24 %	0 %	61 %	66 %	56 %	13 %
ukjent	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Døgndose i mg (gj snitt)																
metadon	112	110	135	100	100	100	110	114	130	114	101	107	91	91	91	139
subutex	20	16	16	16	16	16	16	22	17	17	34	20	15	16	14	25
Utleveringssted																
LAR-tiltak	7 %	14 %	7 %	0 %	1 %	0 %	23 %	2 %	5 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	2 %
apotek	58 %	69 %	68 %	78 %	86 %	87 %	60 %	65 %	60 %	61 %	77 %	70 %	15 %	24 %	4 %	72 %
hjemmetjeneste	8 %	3 %	7 %	1 %	1 %	3 %	4 %	18 %	19 %	25 %	4 %	14 %	4 %	3 %	4 %	11 %
inst/bosenter/fengsel	9 %	9 %	8 %	16 %	5 %	5 %	10 %	11 %	11 %	8 %	11 %	13 %	6 %	5 %	7 %	9 %
annet	17 %	2 %	8 %	0 %	6 %	3 %	1 %	5 %	4 %	7 %	7 %	4 %	74 %	67 %	82 %	6 %
ukjent	1 %	2 %	3 %	2 %	3 %	2 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Antall utleveringssteder for hver bruker																
kun ett sted	87 %	84 %	81 %	83 %	86 %	85 %	84 %	92 %	84 %	71 %	96 %	96 %	88 %	84 %	92 %	83 %
to/fleire steder pr uke	9 %	7 %	3 %	10 %	8 %	1 %	9 %	8 %	16 %	26 %	4 %	4 %	12 %	15 %	8 %	16 %
ukjent	4 %	9 %	16 %	7 %	6 %	13 %	7 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Urinprøvested																
LAR-tiltak	21 %	31 %	5 %	0 %	18 %	1 %	49 %	22 %	23 %	0 %	1 %	0 %	2 %	1 %	3 %	2 %
lege-/helsesenter	44 %	37 %	85 %	73 %	54 %	73 %	14 %	50 %	47 %	59 %	85 %	36 %	52 %	72 %	28 %	41 %
laboratorium	6 %	9 %	0 %	6 %	4 %	13 %	10 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %	2 %	23 %
inst/bosenter/fengsel	9 %	10 %	4 %	16 %	8 %	7 %	10 %	10 %	12 %	5 %	7 %	14 %	6 %	5 %	7 %	10 %
annet	15 %	3 %	5 %	3 %	7 %	1 %	3 %	16 %	16 %	34 %	4 %	48 %	39 %	21 %	60 %	23 %
ukjent / ingen prøver	5 %	10 %	0 %	1 %	9 %	5 %	13 %	1 %	0 %	0 %	3 %	1 %	2 %	1 %	0 %	1 %
Urinprøvehyppighet																
regelmessig	77 %	65 %	44 %	60 %	79 %	69 %	59 %	84 %	96 %	72 %	76 %	75 %	97 %	96 %	99 %	83 %
sjeldnere enn ukentlig	16 %	22 %	40 %	36 %	13 %	22 %	23 %	14 %	4 %	28 %	16 %	24 %	1 %	2 %	0 %	16 %
ingen prøver	5 %	9 %	11 %	1 %	8 %	6 %	12 %	2 %	0 %	0 %	6 %	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %
ukjent	2 %	4 %	5 %	2 %	0 %	3 %	5 %	1 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Møtt til avtale siste 4 uker	41 %	40 %	3 %	16 %	14 %	11 %	61 %	37 %	45 %	60 %	39 %	18 %	32 %	26 %	39 %	81 %
LAR-tiltak	55 %	53 %	71 %	78 %	65 %	60 %	43 %	46 %	45 %	60 %	38 %	49 %	60 %	49 %	72 %	87 %
Kommune (sos/rus)	55 %	52 %	63 %	41 %	68 %	54 %	48 %	69 %	73 %	59 %	61 %	66 %	51 %	48 %	54 %	37 %
Ansvarsgruppe	35 %	39 %	76 %	62 %	65 %	44 %	24 %	41 %	29 %	41 %	56 %	42 %	7 %	9 %	5 %	61 %
Foreskrivende lege	14 %	14 %	12 %	17 %	16 %	7 %	15 %	14 %	12 %	16 %	24 %	7 %	13 %	14 %	12 %	17 %
Psyk behandler																

Data fra Statusundersøkelsen 2003 -

Resultater

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Yrkesstatus																
uten beskjeftigelse	78 %	82 %	69 %	81 %	78 %	75 %	85 %	73 %	72 %	82 %	67 %	69 %	81 %	82 %	79 %	65 %
heltidsjobb	8 %	6 %	9 %	8 %	9 %	10 %	4 %	9 %	9 %	4 %	16 %	16 %	5 %	5 %	6 %	14 %
deltidjobb	6 %	5 %	11 %	6 %	5 %	5 %	4 %	8 %	10 %	4 %	13 %	2 %	6 %	5 %	6 %	10 %
under utdanning	7 %	6 %	8 %	3 %	7 %	8 %	5 %	7 %	6 %	5 %	7 %	13 %	7 %	7 %	7 %	9 %
deltidjobb+utdanning	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	4 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %
ukjent	1 %	1 %	3 %	0 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %

Arbeidstrening/kurs

ja	13 %	12 %	9 %	27 %	14 %	11 %	10 %	14 %	17 %	10 %	9 %	13 %	10 %	8 %	13 %	22 %
ukjent	4 %	4 %	1 %	2 %	0 %	16 %	4 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	5 %	4 %	7 %	3 %

Dagtilbud (dagsenter eller lignende)

ja	21 %	24 %	13 %	21 %	28 %	10 %	15 %	17 %	22 %	23 %	13 %	10 %	19 %	5 %	35 %	23 %
ukjent	5 %	7 %	0 %	2 %	1 %	16 %	4 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	4 %	2 %	7 %	4 %

Fast fritidsaktivitet

ja	22 %	24 %	35 %	31 %	33 %	20 %	21 %	23 %	26 %	29 %	36 %	10 %	29 %	19 %	40 %	36 %
ukjent	6 %	7 %	5 %	9 %	1 %	8 %	9 %	4 %	3 %	0 %	4 %	5 %	13 %	7 %	19 %	4 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Viktigste inntekt																
forsørget av andre	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
arbeidsinntekt	6 %	5 %	9 %	3 %	4 %	8 %	4 %	8 %	4 %	13 %	5 %	13 %	4 %	4 %	4 %	8 %
studielån/stipend	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
dagpenger (arb ledig)	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %
sykepenger	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %	3 %	1 %	0 %	2 %	0 %
attføring/rehab trygd	34 %	25 %	40 %	34 %	28 %	30 %	19 %	41 %	29 %	34 %	45 %	45 %	41 %	32 %	51 %	45 %
uførepensjon	37 %	41 %	41 %	47 %	37 %	39 %	46 %	35 %	49 %	39 %	30 %	31 %	24 %	29 %	16 %	36 %
stønad enslig forsørger	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
sosialhjelp	19 %	24 %	8 %	15 %	25 %	18 %	28 %	11 %	15 %	9 %	15 %	5 %	24 %	26 %	22 %	9 %
annet	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
ukjent	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %	3 %	1 %	2 %	2 %	4 %	6 %	2 %	0 %
Boligforhold																
ingen bolig	1 %	2 %	1 %	0 %	1 %	2 %	2 %	3 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %
hospits/hybelhus	6 %	8 %	1 %	0 %	4 %	2 %	12 %	0 %	0 %	3 %	2 %	0 %	6 %	12 %	0 %	3 %
institusjon	7 %	8 %	0 %	10 %	2 %	1 %	11 %	8 %	11 %	5 %	8 %	0 %	3 %	1 %	6 %	7 %
fengsel	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	11 %	3 %	3 %	3 %	0 %
hos foreldre	6 %	6 %	4 %	3 %	8 %	9 %	6 %	7 %	6 %	4 %	7 %	0 %	7 %	8 %	5 %	1 %
hos andre	3 %	3 %	1 %	1 %	1 %	6 %	3 %	3 %	7 %	0 %	4 %	11 %	3 %	4 %	1 %	3 %
egen bolig	75 %	71 %	92 %	85 %	84 %	76 %	62 %	75 %	73 %	88 %	76 %	73 %	77 %	71 %	83 %	86 %
annet	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %
ukjent	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Sosialt nettverk																
familie m/rusproblem	12 %	13 %	9 %	22 %	5 %	14 %	13 %	14 %	15 %	8 %	14 %	6 %	8 %	8 %	13 %	21 %
familie uten rusprobl	36 %	35 %	44 %	34 %	53 %	39 %	30 %	35 %	29 %	59 %	37 %	36 %	37 %	32 %	8 %	35 %
venner m/rusprobl	22 %	22 %	12 %	19 %	12 %	18 %	27 %	26 %	30 %	11 %	30 %	40 %	13 %	18 %	43 %	23 %
venner uten rusprobl	8 %	8 %	11 %	8 %	7 %	19 %	8 %	12 %	5 %	11 %	4 %	7 %	9 %	9 %	7 %	8 %
mest alene	13 %	13 %	21 %	14 %	18 %	13 %	11 %	10 %	21 %	9 %	7 %	7 %	18 %	17 %	9 %	11 %
ukjent	8 %	8 %	3 %	3 %	5 %	7 %	11 %	2 %	0 %	3 %	7 %	3 %	15 %	16 %	19 %	1 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Psykiske vansker siste 4 uker															
alvorlig depresjon	12 %	14 %	17 %	19 %	10 %	17 %	14 %	7 %	5 %	5 %	6 %	12 %	15 %	8 %	16 %
ukjent	14 %	15 %	4 %	12 %	4 %	15 %	19 %	2 %	22 %	16 %	5 %	22 %	19 %	25 %	3 %
alvorlig angst	16 %	18 %	17 %	21 %	16 %	20 %	17 %	14 %	9 %	14 %	13 %	14 %	14 %	13 %	17 %
ukjent	14 %	15 %	1 %	12 %	4 %	14 %	19 %	2 %	22 %	13 %	6 %	23 %	21 %	25 %	6 %
vrangforestillinger	3 %	4 %	3 %	1 %	3 %	4 %	4 %	3 %	1 %	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %	1 %
ukjent	14 %	15 %	5 %	14 %	4 %	16 %	19 %	2 %	21 %	15 %	2 %	21 %	19 %	24 %	5 %
Kroppslige skader/sykdommer siste 4 uker															
ja	24 %	28 %	35 %	16 %	33 %	22 %	30 %	24 %	24 %	13 %	35 %	14 %	13 %	14 %	21 %
ukjent	11 %	14 %	17 %	16 %	8 %	10 %	16 %	5 %	5 %	14 %	1 %	14 %	14 %	13 %	1 %
Injisert rusmidler siste 4 uker															
ja	15 %	15 %	7 %	16 %	12 %	10 %	17 %	15 %	11 %	10 %	11 %	15 %	16 %	14 %	19 %
ukjent	15 %	17 %	5 %	14 %	13 %	19 %	19 %	6 %	8 %	22 %	16 %	22 %	25 %	19 %	2 %
Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker															
opioider	12 %	13 %	11 %	8 %	9 %	12 %	16 %	10 %	11 %	5 %	9 %	10 %	11 %	9 %	11 %
ukjent	11 %	12 %	9 %	8 %	7 %	12 %	14 %	5 %	3 %	9 %	2 %	19 %	15 %	22 %	6 %
cannabis	28 %	32 %	31 %	20 %	30 %	23 %	36 %	27 %	20 %	24 %	16 %	22 %	29 %	15 %	19 %
ukjent	11 %	12 %	4 %	8 %	7 %	12 %	15 %	5 %	1 %	9 %	2 %	18 %	14 %	22 %	4 %
benzodiazepiner	28 %	30 %	16 %	19 %	20 %	24 %	37 %	24 %	21 %	16 %	21 %	29 %	39 %	16 %	21 %
ukjent	10 %	11 %	7 %	8 %	7 %	9 %	14 %	4 %	1 %	9 %	2 %	18 %	14 %	23 %	3 %
sentralstimulerende	15 %	12 %	12 %	9 %	13 %	7 %	14 %	18 %	16 %	10 %	6 %	19 %	24 %	12 %	15 %
ukjent	11 %	13 %	4 %	12 %	8 %	13 %	15 %	5 %	1 %	9 %	2 %	19 %	14 %	24 %	3 %
alkohol	7 %	8 %	9 %	3 %	12 %	5 %	8 %	5 %	8 %	3 %	7 %	4 %	5 %	4 %	7 %
ukjent	14 %	17 %	9 %	14 %	7 %	19 %	20 %	5 %	1 %	9 %	3 %	20 %	16 %	24 %	7 %

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Positive urinprøver siste 4 uker																
opioider	12%	11%	11%	3%	10%	10%	13%	11%	10%	5%	9%	19%	15%	16%	15%	10%
ukjent	16%	25%	13%	12%	16%	21%	32%	10%	12%	15%	1%	7%	7%	8%	6%	5%
cannabis	28%	27%	32%	17%	27%	27%	28%	29%	28%	37%	24%	26%	31%	36%	27%	19%
ukjent	16%	25%	7%	8%	15%	22%	33%	9%	10%	15%	0%	7%	6%	7%	5%	3%
benzodiazepiner	30%	27%	16%	16%	21%	24%	32%	28%	27%	34%	22%	31%	40%	49%	30%	22%
ukjent	15%	25%	11%	10%	15%	21%	31%	9%	9%	15%	1%	7%	6%	6%	6%	2%
sentralstimulerende	17%	13%	13%	5%	13%	7%	15%	17%	24%	11%	16%	14%	28%	31%	23%	15%
ukjent	16%	25%	7%	13%	16%	22%	32%	9%	10%	15%	1%	8%	7%	7%	6%	3%
alkohol	5%	4%	3%	5%	2%	2%	6%	4%	1%	5%	8%	9%	8%	9%	7%	6%
ukjent	19%	30%	12%	12%	41%	29%	33%	10%	12%	15%	1%	8%	9%	9%	10%	4%

Helhetlig vurdering av

rusmestring siste 4 uker

ingen tegn til rusing
litt rusing, lite betydning
utilstrekkelig ruskontroll
fare for utskrivning
utskrevet pga rus

ingen tegn til rusing	45%	39%	47%	58%	46%	44%	33%	48%	53%	33%	67%	41%	47%	35%	52%	65%
litt rusing, lite betydning	23%	29%	37%	17%	29%	26%	31%	19%	17%	29%	9%	22%	19%	21%	16%	10%
utilstrekkelig ruskontroll	17%	19%	12%	16%	10%	15%	23%	15%	16%	22%	11%	18%	9%	23%	9%	9%
fare for utskrivning	7%	5%	4%	6%	10%	4%	5%	8%	6%	8%	5%	10%	8%	14%	14%	3%
utskrevet pga rus	9%	7%	0%	2%	5%	11%	8%	10%	8%	8%	8%	9%	17%	7%	9%	13%

Avhold fra illegale rusmidler siste år

antall mndr uten noe
antall mndr uten opiat

antall mndr uten noe	6	5	6	7	6	5	4	5	5	4	6	6	6	5	5	7
antall mndr uten opiat	8	8	7	10	8	8	8	8	5	11	9	9	9	8	7	8

Overdose siste år

ja
ukjent

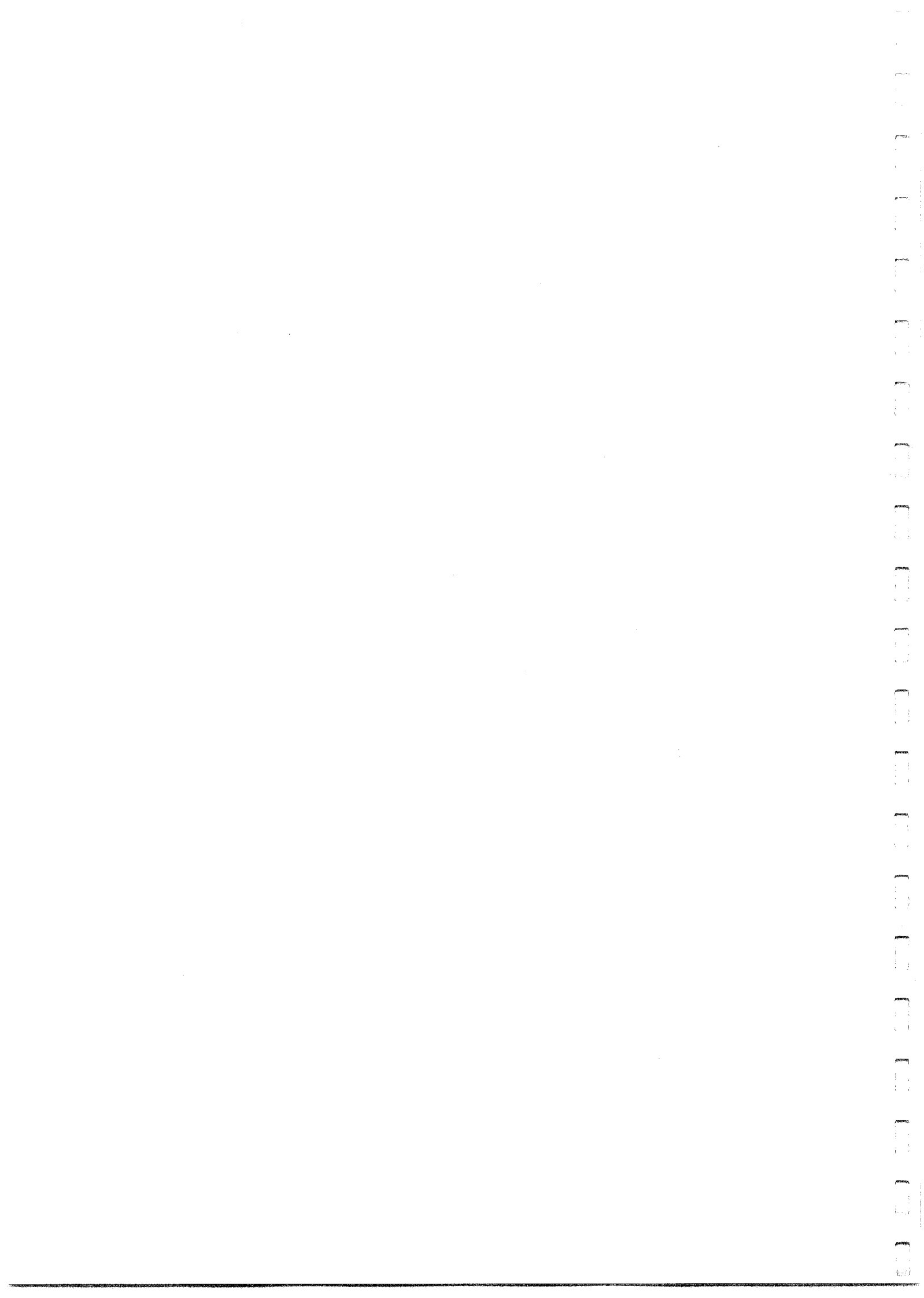
ja	3%	3%	1%	6%	6%	2%	2%	3%	4%	10%	1%	1%	1%	3%	4%	1%
ukjent	12%	12%	5%	6%	6%	13%	15%	7%	2%	4%	5%	10%	17%	17%	28%	5%

Suicidforsøk siste år

ja
ukjent

ja	2%	2%	4%	3%	4%	2%	2%	2%	3%	7%	3%	1%	1%	0%	0%	1%
ukjent	11%	12%	3%	5%	4%	8%	16%	5%	3%	8%	4%	7%	21%	14%	29%	4%

	TOTAL	ØST	Oppl	Hedm	Østfold	Akersh	Oslo	SØR V-Agder	A-Agder	Telem	Vestf	Busk	VEST	H + SF	Rog	M-N
Lovbrudd siste år																
arrest/varetekt	8 %	7 %	4 %	12 %	8 %	9 %	7 %	10 %	13 %	15 %	4 %	3 %	12 %	11 %	12 %	2 %
ukjent	13 %	13 %	3 %	5 %	8 %	14 %	16 %	9 %	3 %	12 %	3 %	15 %	24 %	11 %	39 %	6 %
tiltalt/reist sak	7 %	6 %	7 %	13 %	10 %	6 %	5 %	7 %	9 %	8 %	3 %	3 %	10 %	10 %	10 %	2 %
ukjent	13 %	13 %	1 %	3 %	7 %	12 %	17 %	7 %	4 %	16 %	4 %	3 %	25 %	14 %	38 %	3 %
idømt forelegg/bot	7 %	8 %	5 %	14 %	15 %	8 %	5 %	7 %	12 %	12 %	8 %	1 %	9 %	4 %	14 %	1 %
ukjent	18 %	20 %	3 %	5 %	11 %	18 %	27 %	12 %	4 %	23 %	8 %	22 %	26 %	16 %	39 %	6 %
idømt soning/sikring	7 %	7 %	3 %	8 %	6 %	10 %	6 %	7 %	8 %	7 %	1 %	3 %	8 %	10 %	6 %	3 %
ukjent	12 %	11 %	3 %	5 %	6 %	10 %	15 %	7 %	5 %	15 %	4 %	6 %	23 %	14 %	35 %	3 %



Statusundersøkelse 2003

Helseregion Øst

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n= 1024		n= 75		n= 86		n= 135		n= 135		n= 593	
Kjønn												
Kvinner	350	34 %	24	32 %	30	35 %	35	26 %	45	33 %	208	37 %
Menn	674	66 %	51	68 %	56	65 %	100	74 %	90	67 %	358	63 %
Alder (gjennomsnitt)	40		41		40		39		39		41	
Behandlingsvarighet (dager;gj.snitt)												
Pasienter i behandling	828		783		972		754		912		717	
Utskrevne pasienter	756		680		603		632		1039		828	
A1. Beskjeftigelse												
a. Yrkesstatus*												
0. Uten beskjeftigelse	835	82 %	52	69 %	70	81 %	105	78 %	101	75 %	507	85 %
1. Heltidsjobb	65	6 %	7	9 %	7	8 %	12	9 %	13	10 %	26	4 %
2. Deltidsjobb	48	5 %	8	11 %	5	6 %	7	5 %	7	5 %	21	4 %
3. Under utdanning	57	6 %	6	8 %	3	3 %	9	7 %	11	8 %	28	5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	4	0 %	0	0 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %	1	0 %
9. Ukjent	15	1 %	2	3 %	0	0 %	1	1 %	2	1 %	10	2 %
b. Arbeidstrening/ kurs												
0. Nei	854	83 %	67	89 %	61	71 %	116	86 %	99	73 %	511	86 %
1. Ja	124	12 %	7	9 %	23	27 %	19	14 %	15	11 %	60	10 %
9. Ukjent	46	4 %	1	1 %	2	2 %	0	0 %	21	16 %	22	4 %
c. Dagtilbud*												
0. Nei	698	68 %	65	87 %	66	77 %	96	71 %	99	73 %	479	81 %
1. Ja	250	24 %	10	13 %	18	21 %	38	28 %	14	10 %	89	15 %
9. Ukjent	76	7 %	0	0 %	2	2 %	1	1 %	22	16 %	25	4 %
d. Fast fritidsaktivitet*												
0. Nei	805	79 %	45	60 %	51	59 %	89	66 %	97	72 %	416	70 %
1. Ja	169	17 %	26	35 %	27	31 %	44	33 %	27	20 %	126	21 %
9. Ukjent	50	5 %	4	5 %	8	9 %	2	1 %	11	8 %	51	9 %
A2. Viktigste inntekt*												
00. Forsørget av andre	1	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %
01. Arbeidsinntekt	48	5 %	7	9 %	3	3 %	6	4 %	11	8 %	21	4 %
02. Studielån/stipend	2	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %
03. Dagpenger (arbeidsledig)	1	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %
04. Sykepenger/delvis sykepenger	5	0 %	0	0 %	0	0 %	3	2 %	0	0 %	2	0 %
05. Yrkesmessig atfering/rehabiliteringspenger	260	25 %	30	40 %	29	34 %	38	28 %	52	39 %	111	19 %
06. Uførepensjon/alderspensjon	436	41 %	31	41 %	40	47 %	50	37 %	40	30 %	275	46 %
07. Stønnd til enslig forsørger	3	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	2	1 %	0	0 %
08. Sosialhjelp	245	24 %	6	8 %	13	15 %	34	25 %	24	18 %	167	28 %
09. Ukjent	15	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	3	2 %	11	2 %

b. Utleveringssted												
0. MAR-tiltak	141	14 %	5	7 %	0	0 %	2	1 %	0	0 %	134	23 %
1. Apotek	707	69 %	51	68 %	67	78 %	116	86 %	117	87 %	356	60 %
2. Hjemmetjeneste	34	3 %	5	7 %	3	3 %	1	1 %	4	3 %	21	4 %
3. Institusjon/ bosenter/fengsel	94	9 %	6	8 %	14	16 %	7	5 %	7	5 %	60	10 %
4. Annet	25	2 %	6	8 %	0	0 %	8	6 %	4	3 %	7	1 %
9. Ukjent	23	2 %	2	3 %	2	2 %	4	3 %	3	2 %	15	3 %
c. Andre utleveringssteder												
0. Utlevering kun ett sted	859	84 %	61	81 %	71	83 %	116	86 %	115	85 %	496	84 %
1. Utlevering to eller flere steder pr uke	74	7 %	2	3 %	9	10 %	11	8 %	2	1 %	50	8 %
9. Ukjent	91	9 %	12	16 %	6	7 %	8	6 %	18	13 %	47	8 %
A12. Urinprøver												
a. Urinprøveordning												
0. Ingen urinprøver	93	9 %	8	11 %	1	1 %	11	8 %	8	6 %	73	12 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	230	22 %	30	40 %	31	36 %	18	13 %	30	22 %	136	23 %
2. Regelmessige urinprøver	661	65 %	93	124 %	52	60 %	106	79 %	93	69 %	352	59 %
9. Ukjent	40	4 %	4	5 %	2	2 %	0	0 %	4	3 %	32	5 %
Hvis regelmessige urinprøver:												
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)												
	2		2		2		2		2		2	
c. Urinprøvested												
0. MAR-tiltak	322	31 %	4	5 %	0	0 %	24	18 %	1	1 %	293	49 %
1. Lege-/helsesenter	380	37 %	64	85 %	63	73 %	73	54 %	99	73 %	81	14 %
2. Laboratorium	89	9 %	0	0 %	5	6 %	6	4 %	17	13 %	61	10 %
3. Institusjon/ bosenter/fengsel	98	10 %	3	4 %	14	16 %	11	8 %	9	7 %	61	10 %
4. Annet	35	3 %	4	5 %	3	3 %	9	7 %	2	1 %	17	3 %
9. Ukjent/Ingen urinprøver	100	10 %	0	0 %	1	1 %	12	9 %	7	5 %	80	13 %
B. SISTE 4 UKER FØR UTFYLLINGSDATO												
B1. Oppfølging siste 4 uker												
Har pasienten møtt til avtale hos:												
a. Konsulent ved MAR-tiltak												
0. Nei	496	48 %	58	77 %	66	77 %	103	76 %	67	50 %	202	34 %
1. Ja	410	40 %	2	3 %	14	16 %	19	14 %	15	11 %	360	61 %
9. Ukjent	118	12 %	15	20 %	6	7 %	13	10 %	53	39 %	31	5 %
b. Sosial-/ruskonsulent												
0. Nei	328	32 %	18	24 %	17	20 %	42	31 %	23	17 %	228	38 %
1. Ja	546	53 %	53	71 %	67	78 %	88	65 %	81	60 %	257	43 %
9. Ukjent	150	15 %	4	5 %	2	2 %	5	4 %	31	23 %	108	18 %
c. Ansvarsgruppe*												
0. Nei	414	40 %	20	27 %	48	56 %	40	30 %	30	22 %	276	47 %
1. Ja	530	52 %	47	63 %	35	41 %	92	68 %	73	54 %	283	48 %

9. Ukjent	80	8 %	8	11 %	3	3 %	3	2 %	20	15 %	34	6 %
d. MAR-forskrivende lege												
0. Nei	515	50 %	11	15 %	19	22 %	37	27 %	38	28 %	410	69 %
1. Ja	402	39 %	57	76 %	53	62 %	88	65 %	60	44 %	142	24 %
9. Ukjent	107	10 %	7	9 %	14	16 %	10	7 %	37	27 %	39	7 %
e. Psykolog/psykiatrisk behandler*												
0. Nei	724	71 %	54	72 %	62	72 %	105	78 %	66	49 %	437	74 %
1. Ja	146	14 %	9	12 %	15	17 %	21	16 %	10	7 %	91	15 %
9. Ukjent	154	15 %	12	16 %	9	10 %	9	7 %	59	44 %	65	11 %
f. MAR-pasientgruppe												
0. Nei	842	82 %	60	80 %	64	74 %	108	80 %	77	57 %	531	90 %
1. Ja	28	3 %	1	1 %	2	2 %	15	11 %	1	1 %	13	2 %
9. Ukjent	154	15 %	14	19 %	20	23 %	12	9 %	57	42 %	49	8 %
g. Behandler ved ruspoliklinikk												
0. Nei	773	75 %	40	53 %	71	83 %	100	74 %	62	46 %	500	84 %
1. Ja	109	11 %	21	28 %	8	9 %	26	19 %	17	13 %	37	6 %
9. Ukjent	154	15 %	14	19 %	7	8 %	9	7 %	56	41 %	56	9 %
h. Kriminalomsorg i frihet												
0. Nei	847	83 %	58	77 %	76	88 %	116	86 %	72	53 %	525	89 %
1. Ja	29	3 %	4	5 %	3	3 %	7	5 %	3	2 %	12	2 %
9. Ukjent	148	14 %	13	17 %	7	8 %	12	9 %	60	44 %	56	9 %
B2. Psykiske vansker siste 4 uker*												
a. Hatt alvorlig depresjon*												
0. Nei	727	71 %	59	79 %	60	70 %	116	86 %	92	68 %	400	67 %
1. Ja	148	14 %	13	17 %	16	19 %	13	10 %	23	17 %	83	14 %
9. Ukjent	149	15 %	3	4 %	10	12 %	6	4 %	20	15 %	110	19 %
b. Hatt alvorlig angst*												
0. Nei	691	67 %	61	81 %	58	67 %	108	80 %	89	66 %	375	63 %
1. Ja	182	18 %	13	17 %	18	21 %	21	16 %	27	20 %	103	17 %
9. Ukjent	151	15 %	1	1 %	10	12 %	6	4 %	19	14 %	115	19 %
c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*												
0. Nei	832	81 %	69	92 %	73	85 %	125	93 %	108	80 %	457	77 %
1. Ja	38	4 %	2	3 %	1	1 %	4	3 %	6	4 %	25	4 %
9. Ukjent	154	15 %	4	5 %	12	14 %	6	4 %	21	16 %	111	19 %
B3. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker?												
0. Nei	586	57 %	36	48 %	58	67 %	80	59 %	91	67 %	321	54 %
1. Ja	290	28 %	26	35 %	14	16 %	44	33 %	30	22 %	176	30 %
9. Ukjent	148	14 %	13	17 %	14	16 %	11	8 %	14	10 %	96	16 %
B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?												
0. Nei	703	69 %	66	88 %	60	70 %	102	76 %	96	71 %	379	64 %
1. Ja	150	15 %	5	7 %	14	16 %	16	12 %	14	10 %	101	17 %

9. Ukjent	171	17 %	4	5 %	12	14 %	17	13 %	25	19 %	113	19 %
B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker*												
(Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)												
a. Opioider												
0. Nei	765	75 %	60	80 %	72	84 %	114	84 %	103	76 %	416	70 %
1. Ja	137	13 %	8	11 %	7	8 %	12	9 %	16	12 %	94	16 %
9. Ukjent	122	12 %	7	9 %	7	8 %	9	7 %	16	12 %	83	14 %
b. Cannabis												
0. Nei	573	56 %	49	65 %	62	72 %	85	63 %	88	65 %	289	49 %
1. Ja	324	32 %	23	31 %	17	20 %	40	30 %	31	23 %	213	36 %
9. Ukjent	127	12 %	3	4 %	7	8 %	10	7 %	16	12 %	91	15 %
c. Benzodiazepiner eller lignende												
0. Nei	601	59 %	58	77 %	63	73 %	99	73 %	91	67 %	290	49 %
1. Ja	309	30 %	12	16 %	16	19 %	27	20 %	32	24 %	222	37 %
9. Ukjent	114	11 %	5	7 %	7	8 %	9	7 %	12	9 %	81	14 %
d. Sentralstimulerende midler												
0. Nei	769	75 %	63	84 %	68	79 %	106	79 %	107	79 %	425	72 %
1. Ja	127	12 %	9	12 %	8	9 %	18	13 %	10	7 %	82	14 %
9. Ukjent	128	13 %	3	4 %	10	12 %	11	8 %	18	13 %	86	15 %
e. Alkohol til beruselse*												
0. Nei	770	75 %	61	81 %	71	83 %	109	81 %	103	76 %	426	72 %
1. Ja	83	8 %	7	9 %	3	3 %	16	12 %	7	5 %	50	8 %
9. Ukjent	171	17 %	7	9 %	12	14 %	10	7 %	25	19 %	117	20 %
B6. Positive urinprøver siste 4 uker												
Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)												
a. Opioider												
0. Nei	655	64 %	57	76 %	73	85 %	101	75 %	94	70 %	330	56 %
1. Ja	113	11 %	8	11 %	3	3 %	13	10 %	13	10 %	76	13 %
9. Ukjent	256	25 %	10	13 %	10	12 %	21	16 %	28	21 %	187	32 %
b. Cannabis												
0. Nei	490	48 %	46	61 %	64	74 %	79	59 %	69	51 %	232	39 %
1. Ja	276	27 %	24	32 %	15	17 %	36	27 %	36	27 %	165	28 %
9. Ukjent	258	25 %	5	7 %	7	8 %	20	15 %	30	22 %	196	33 %
c. Benzodiazepiner eller lignende												
0. Nei	493	48 %	55	73 %	63	73 %	86	64 %	74	55 %	215	36 %
1. Ja	280	27 %	12	16 %	14	16 %	29	21 %	33	24 %	192	32 %
9. Ukjent	251	25 %	8	11 %	9	10 %	20	15 %	28	21 %	186	31 %
d. Sentralstimulerende midler												
0. Nei	637	62 %	60	80 %	71	83 %	95	70 %	96	71 %	315	53 %
1. Ja	130	13 %	10	13 %	4	5 %	18	13 %	9	7 %	89	15 %
9. Ukjent	257	25 %	5	7 %	11	13 %	22	16 %	30	22 %	189	32 %

e. Alkohol												
0. Nei	670	65 %	64	85 %	72	84 %	76	56 %	93	69 %	365	62 %
1. Ja	45	4 %	2	3 %	4	5 %	3	2 %	3	2 %	33	6 %
9. Ukjent	309	30 %	9	12 %	10	12 %	56	41 %	39	29 %	195	33 %
B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker*												
0. Ingen tegn til rusing verken klinisk eller ved prøver												
	402	39 %	35	47 %	50	58 %	62	46 %	60	44 %	195	33 %
1. Enkeltstående tegn til rusmiddelbruk, bedømt som tilfeldig/mindre betydningsfullt												
	302	29 %	28	37 %	15	17 %	39	29 %	35	26 %	185	31 %
2. Utilstrekkelig ruskontroll, utskrivning ikke aktuelt*												
	194	19 %	9	12 %	14	16 %	13	10 %	20	15 %	138	23 %
3. Alvorlige rusproblemer, fare for utskrivning og utskrevet pga vedvarende rusmisbruk												
	55	5 %	3	4 %	5	6 %	14	10 %	5	4 %	28	5 %
4. Utskrevet pga vedvarende rusmisbruk												
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
** Mangler/ukjent												
			0		2		7		15		47	
C. SISTE ÅR (hvis pasienten ikke har vært inkludert hele året skal opplysningene gjelde den perioden pasienten har vært inkludert)												
C1. Lovbrudd siste år												
a. Arrestert/varetekt												
0. Nei	816	80 %	70	93 %	72	84 %	113	84 %	104	77 %	457	77 %
1. Ja	76	7 %	3	4 %	10	12 %	11	8 %	12	9 %	40	7 %
9. Ukjent	132	13 %	2	3 %	4	5 %	11	8 %	19	14 %	96	16 %
b. Tiltalt (reist sak)												
0. Nei	826	81 %	69	92 %	72	84 %	112	83 %	111	82 %	462	78 %
1. Ja	66	6 %	5	7 %	11	13 %	13	10 %	8	6 %	29	5 %
9. Ukjent	132	13 %	1	1 %	3	3 %	10	7 %	16	12 %	102	17 %
c. Idømt forelegg/bot												
0. Nei	741	72 %	69	92 %	70	81 %	100	74 %	100	74 %	402	68 %
1. Ja	79	8 %	4	5 %	12	14 %	20	15 %	11	8 %	32	5 %
9. Ukjent	204	20 %	2	3 %	4	5 %	15	11 %	24	18 %	159	27 %
d. Idømt soning/sikring												
0. Nei	842	82 %	71	95 %	75	87 %	119	88 %	107	79 %	470	79 %
1. Ja	67	7 %	2	3 %	7	8 %	8	6 %	14	10 %	36	6 %
9. Ukjent	115	11 %	2	3 %	4	5 %	8	6 %	14	10 %	87	15 %
C2. Overdose siste år (Livstruende forgiftning)												
0. Nei	869	85 %	70	93 %	76	88 %	119	88 %	114	84 %	490	83 %
1. Ja	30	3 %	1	1 %	5	6 %	8	6 %	3	2 %	13	2 %
9. Ukjent	125	12 %	4	5 %	5	6 %	8	6 %	18	13 %	90	15 %
C3. Suicidforsøk siste år												
0. Nei	881	86 %	70	93 %	79	92 %	124	92 %	121	90 %	487	82 %
1. Ja	25	2 %	3	4 %	3	3 %	5	4 %	3	2 %	11	2 %
9. Ukjent	118	12 %	2	3 %	4	5 %	6	4 %	11	8 %	95	16 %

C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år

a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)

5	6	7	6	5	4
---	---	---	---	---	---

b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)

8	7	10	8	8	8
---	---	----	---	---	---

