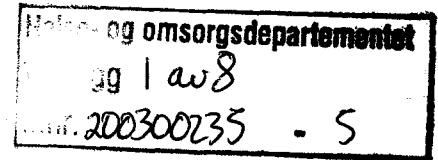




**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo



**SKR-rapport nr 1/2004**

# **HVILKEN PRAKSIS HAR LAR-TILTAKENE FOR AVVENNING FØR OPPSTART OG HVORLEDES GJENNOMFØRES DETTE?**

**Tilbakemeldinger fra tiltakene 2003**

**Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004**

**Helge Waal,**  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo*

## INNHOOLD

1	Innledning .....	3
2	Metode.....	4
3	Resultater.....	4
3.1	Avvenning før oppstart.....	4
3.2	Hvor skjer avvenningen?.....	8
3.3	"Kvoter"? .....	9
3.4	Praksis for nedtrapping.....	12
3.5	Hvilke institusjoner brukes? .....	14
4	Litteratur.....	15

# 1 Innledning

I juni 1997 besluttet Stortinget at Norge skulle utvikle et nasjonalt program for bruk av metadon i behandling av narkomane. Målgruppen skulle være den pasientgruppen som ikke viste fremgang tross medikamentfri behandling (1). I planarbeidet og i den politiske debatten i Stortinget la en vekt på at tilbudet skulle ha rehabilitering som overordnet målsetting. Den medisinske behandlingen skal være en del av en samlet innsats for å bedre den enkeltes livsvilkår og funksjonsevne (2). Retningslinjene for behandlingen ble først beskrevet gjennom Rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet I-25/98 og deretter revidert og beskrevet i Rundskriv I-35/2000. Søkeren skal være minst 25 år, være dyptgående opioidavhengig tross behandling i rimelig omfang og ha en flerårig misbrukskarriere. Når metadon er nødvendig for å gjennomføre behandling av livstruende sykdommer, gjelder særlige kriterier. Den enkelte pasient skal søke gjennom sitt sosialsenter med en tiltaksplan som skisserer individuelle mål og nødvendige tiltak. Hvert fylke skal ha et inntaksorgan som kvalitetssikrer søknaden og sikrer nødvendig samarbeid med rustjenesten og annen spesialisttjenesten. Det er ett nasjonalt senter i Oslo og regionale koordineringsinstanser i helseregionene. Behandlingen bygger på samarbeid i førstelinjen mellom sosialsenter og lege og opplegget må godkjennes av de regionale sentrene. To rapporter beskriver utviklingen etter ett år (ref).

Behandlingsmodellen ble utformet etter erfaringene fra svensk behandlingsmodell (Blix). I denne modellen legges det vekt på at pasienten skal avvennes fra all rusmiddelbruk før opptrapping med metadon eller annet LAR-medikament. Dette markerer brudd med et rusmiddeldominert liv og sikrer en medisinsk sett trygg oppstart hvor behandlingen også oppleves som positiv og velkommen. En slik tilnærming sikrer også god mulighet til å samordne nødvendige hjelpeinnsatser og gjennomføre medisinske undersøkelser.

I mange land, og særlig i land som legger vekt på skadereduksjon mer enn rehabilitering, er denne fremgangsmetoden ikke vanlig. Her vil man ofte starte opptrappingen med vedlikeholdsmedikamentet uten at pasienten er avvent fra avhengighet og under pågående rusmiddelbruk. Den mer omhyggelige modellen har vært kritisert som tungvint og også slik at den krever mer styrke av enkelte pasienter enn de har slik at den kan virke som en barriere. På den annen side har det også kommet rapporter om dødsfall under opptrapping i enkelte land og kliniske rapporter om at metadonbehandlingen bare gir fortsettelse av et pågående misbruk.

Stortinget har ønsket en evaluering av Legemiddelassistert rehabilitering, Sosial- og helsedirektoratet har gitt Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer i oppdrag å gjøre en devaluering med vekt på samlet antall i LAR i Norge og regionale morskjeller. Som ledd i dette er det gjort en egen undersøkelse av hvilken praksis LAR-sentrene og de ulike tiltakene har når det gjelder starten på behandlingen og opptrappingen med stabiliserende medikament

## 2 Metode

Undersøkelsen ble først drøftet og vedtatt i nasjonalt møte mellom LAR-sentre og tiltak og lagt opp som en skriftlig rapportering fra sentrene med svar på et spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål. Skjemaet ble revidert etter pilotundersøkelse. Skjemaet ble besvart av samtlige sentre og tiltak og svarene bearbeidet til en foreløpig rapport. Denne ble drøftet i nytt nasjonalt møte og revidert på grunnlag av diskusjon der. Den endelige rapporten er tatt til etterretning som dekkende i et siste nasjonalt møte.

## 3 Resultater

### 3.1 Avvenning før oppstart

Dette området er undersøkt med spørsmål om hvorledes retningslinjene om full avvenning før oppstart praktiseres og om hvilke unntak som eventuelt aksepteres.

Tabell 1 viser et sammensatt bilde. Det er nå ingen steder som helt entydig forlanger to negative prøver for alle rusmidler før man starter opptrapping med metadon eller buprenorfin.. LAR Rogaland som oppgir at de alltid krever to negative prøver, gjør unntak for pasienter med ren opioid avhengighet. I Akershus er bildet uklart fordi avvenningsklinikken bruker nedtrapping med et opioid og/eller benzodiazepin slik at pasienten kan være positiv for bz ved oppstart. Dessuten er det ingen full avvenning fra cannabis. I Asker og i Bærum er praksis at sosialsenteret og fastlegen beslutter når en godkjent pasient starter opp. Hovedreglen er full avvenning.

I tillegg til LAR-Rogaland understreker sentrene/tiltakene i Midt/Nord, Telemark, Vestfold og Buskerud i sine svar at hovedreglen er full avvenning slik at alt annet er rene unntak. Midt/Nord har tidligere hatt en overgangspraksis etter endring av rundskriv hvor fastlegen etter avtale med fylkeslegen og under rådgivning fra MARIT kunne bruke en "kvoteordning" uten avvenning og når denne fungerte kunne pasienten starte direkte i MARIT. Dette er avvirket. Praksis i dag er vekt på hovedregel med to negative prøver og svært få unntak. Disse dreier seg mest om kriser og institusjonsinnleggelse. I Telemark godkjennes unntakene av rådgivende lege.

I Hedemark og Oppland er det en etablert praksis at pasienter godkjennes til opptrapping når de er negative på alt uten opioider om de er i strukturerte opplegg gjennom fastlege på forhånd. Hordaland/S + F, Vest-Agder, Aust-Agder og Østfold godkjenner i tillegg at pasienten er cannabis-positiv dersom det er fallende verdier i urinprøvene eller opplysninger om at det lenge siden bruk (Østfold).

Oslo har en etablert praksis at pasienter alltid godkjennes til direkte oppstart om de behandles med et opioid og er negative for andre stoffer. Cannabis vektlegges ikke. Godkjente pasienter kan starte de siste to år direkte med Subutex uten avvenning i en inntakspoliklinikk. Etter omlegging for Rusreform II er denne nedlagt men pasienten kan startes på samme måte i en forperiode om de kan samarbeide poliklinisk. Dersom de mestrer avvenning fra alt (utenom cannabis) kan de fortsette. Tidsgrensen er ikke helt klar og

vrurderes individuelt, men om rusingen ikke blir borte, forutsettes innleggelse med avvenning. Dersom pasienten vil begynne med metadon, forutsettes avvenning fra alle annet enn buprenorfin og innleggelse settes som forutsetning dersom dette ikke mestres. Cannabis vektlegges ikke. Situasjonen kompliseres noe av at avvenningsinstitusjonen styrer egen praksis og ofte bruker bz i avvenning slik at pasienten kan være positiv når opptrappingen starter.

Tabell 1 Praktiseres alltid full avvenning før oppstart? (Ja/Nei)		
MIDT/NORD	Nei, men hovedregel er full avvenning)	Unntak for sjeldne unntakstilfeller. Noen tilfeller direkte fra Dolcontin/Temgesic. Noen tilfeller hvor cannabisprøven er pos men fallende ette 14 dager i inst. Slik også med bz, evt nedtrappingsregime. Helt unntaksvis ved sentralstimulerende
VEST		
Metadonklinikk	Nei	Unntak for pasienter som er i godt strukturerte "kvote"-opplegg om negative for alt annet enn opioider. Det samme gjelder pasienter innlagt på grunn av krisetilstand før oppstart. Fallende verdier av cannabis over 2 uker uten nyinntak.
LAR-Rogaland	Ja	men det kan gjøres unntak for opioid
SØR		
Vest-Agder	Nei	Godtar fallende verdier av cannabis. Pasienter som har stått på Dolcontin kan komme rett over om ellers negative prøver.
Aust-Agder	Nei	Unntak ved fallende cannabis og for opioidsubstituerte pasienter, særlig når helsetilstanden er gjør avvenning for belastende.
Telemark	Nei, men hovedregel	Alle unntak skal klareres med rådgivende lege
Vestfold	Nei, men hovedregel	Unntak når medisinske tilstander gjør det viktig og i noen få tilfeller når verdiene er fallende og forholdene lagt til rette.
Buskerud	Nei, men hovedregel	Det normale er 100% avvenning men unntak ved fallende verdier under avvenning i institusjon med verdier nær cut-off. Aksepterer direkte overgang fra opioidkvote om negativ på alt annet
ØST		
Oslo	Nei	Inntakspoliklinikken hadde i 2003 poliklinisk avvenning direkte fra misbruk med støtte av Subutex. Oppstart i avdelingen skal pasienten være avvendt fra alt uten opiater og fallende cannabis, men mange fra Akuttinstitusjonen er fortsatt bz-positive.
Østfold	Nei	Cannabis hvis lenge siden inntak, vanlig med direkte overgang fra Dolcontin/Temgesic til metadon/Subutex
Hedemark	Nei	Kan akseptere opiat/buprenorfin når pasienten kommer med "kvote" eller avgiftes med nedtrapping
Oppland	Ja, men	Kan akseptere opioid avhengighet ved "kvotebeh" – eks Dolcontin (fastlege)
Øvre Romerike	Nei	Følger praksis fra Akuttenheten, kan akseptere fallende cannabis
Nedre Romerik	Ja, men	men det praktiseres likevel et skjønn på Rusakutten Lurud slik at det ikke alltid er helt rene prøver på cannabis og benz.
Follo	Nei	
Asker	Ja	Unntak kan ha forekommet
Bærum	Ja, men	Unntak for svært krevende psykiatriske pasienter og når pasienten ikke klarer det. Beslutning i samarbeid med fastlege.

I Akershus bedømmes svarene slik at Øvre og Nedre Romerike og Follo har en praksis som likner den i Oslo frasett at man ikke har poliklinisk oppstart med Subutex uten avvenning. I Asker og i Bærum er det sosialsenteret som sammen med fastlegen beslutter når oppstart skal skje hos en godkjent pasient. Resultatet er at praksis varierer.

<b>Tabell 2 For hvilke stoffer kan det gjøres unntak?</b>						
	<b>Cannab</b>	<b>Opioid</b>	<b>Sentr.stim</b>	<b>Benz</b>	<b>Unntak</b>	
<b>MIDT/NORD</b>						
Marit	ja,men	ja,men	ja,men	ja,men	ja	Hovedregel nei
<b>VEST</b>						
Metadonklinikk	ja	ja	nei	nei	ja	
LAR-Rogaland	nei	ja	nei	nei	nei	
<b>SØR</b>						
Vest-Agder	ja	ja	nei	nei	ja	
Aust-Agder	ja	ja	nei	nei	ja	
Telemark	ja	nei	nei	nei	ja	Synkende cannabis-verdier. Somatiske sykehus, kompleks psykiatri
Vestfold	nei	nei	nei	nei	ja	Bare helt unntaksvis som sporfunn når alt ellers er tilrettelagt
Buskerud	ja	nei	nei	ja	ja	Unntak bare i institusjon
<b>ØST</b>						
Oslo	ja	ja	nei	nei,men	ja	Avvenningsinstitusjonen styrer egen praksis. Dessuten oppstart i forperiode med Subutex.
Østfold	ja	ja	nei	nei	ja	Vanlig med direkte oppstart fra kvote. Unntak også for sterkt nedkjørte pas
Hedemark	nei	Ja	nei	nei	ja	Unntak for de som kommer direkte fra kvote/nedtrapping
Oppland	nei	ja	nei	nei	ja	
Øvre Romerike	ja	nei	nei	ja	ja	
Nedre Romerik	nei	nei	nei	nei,men	nei,men	Nei, men praksis ved avvenningsinst. gir noen pos prøver
Follo	ja	ja	nei	nei,men	ja	Cannabisveriden skal ikke tilsi nyinntak. Pasienter med Dolcontin neg alt annet. Inst. avv.praksis for bz.
Asker	nei	nei	nei	nei	nei,men	men unntak kan ha forekommet.
Bærum	nei	nei	nei	nei	ja	Bare hvis dårlig pasient ikke klarer det – fastlegen vurderer.

Tabell 2 viser at:

- 10 tiltak aksepterer positive prøver på cannabis. 2 av disse gjør dette som unntak, mens 8 har det som rutine, for de fleste men ikke alle med forutsetning om klart fallende verdier. 7 forlanger alltid full avvenning.
- 10 tiltak kan akseptere positive prøver på opioider, stort sett under forutsetning av at pasienten har negative prøver ellers (med mulig unntak av cannabis). 7 forlanger alltid full avvenning.
- Ett tiltak kan akseptere positive prøver på amfetamin, men dette er bare hos pasienter innlagt med kritiske tilstander. I praksis er unntakene så sjeldne at svaret nærmest er nei. 16 forlanger alltid full avvenning, men det gjøres noen unntak i spesielle tilfeller. Her synes det altså å være en svært lik praksis for hele landet.
- 4 tiltak kan akseptere positive prøver på benzodiazepin, men dette er enten som ledd i nedtrappingskontrakt eller fordi avvenningstiltaket bruker benzodiazepin eller som restfunn på lave verdier etter avvenning. 14 tiltak forlanger alltid full avrusning, men tre må godta praksis fra avvenningsinstitusjon som kan gi positive funn. Ett av disse har i tillegg praksis for tidsavgrenset oppstart med buprenorfin uten forhåndsavvenning (Oslo). Det synes derfor som det er en nokså lik praksis i hele landet med unntak av den spesielle Subutex-assisterte oppstartpraksis som er tatt i bruk i Oslo.
- 14 tiltak gjør unntak fra retningslinjene for pasienter i kritisk helsetilstand. 3 gjør det ikke, men 2 av disse beskriver unntak på grunn av avvenningsinstitusjonens praksis og av andre grunner. De fleste stedene praktiserer altså unntak etter individuell vurdering, særlig ved innleggelser på grunn av sykdom.

Setter man svarene i tabell 1 og 2 sammen, går det frem at det i dag ikke er noe ufravikelig krav at det skal være gjennomført full avvenning på forhånd, dokumentert med to negative urinprøver. 10 tiltak nevner spesielt at fallende verdier på cannabis kan aksepteres mens det er langt mer kritisk holdning til å starte opp pasienter som har bz-bruk. Også her kan imidlertid lave verdier eller restfunn aksepteres noen steder. To steder har dessuten egen lengervarende benzodiazepinnedtrapping etter spesiell vurdering. Når det gjelder sentralstimulerende midler er unntakene så sjeldne at praksis er full avvenning. I Oslo og Akershus velger avrusningsavdelingene medikasjon og kan starte opp opptrapping samtidig som pasienten kan behandles med benzodiazepin, både som nedtrapping og som stabilisering i avdelingen. Pasienten kommer da ut med positive prøver. I to behandlingssteder, tydeligst beskrevet i MARIT, kan en starte med pasienter som samtidig gjennomgår et nedtrappingsregime på benzodiazepin, eventuelt inngå en kontrakt om videre systematisk nedtrapping etter oppstart. Poliklinisk oppstart med Subutex i Oslo (tidligere i inntakspoliklinikken) er dessuten særtilfelle.

Noe mer enn halvparten aksepterer oppstart selv om pasienten har opioid-positive prøver under forutsetning av at vedkommende er avvendt fra alt annet. Her synes det både å i realiteten å være aksept for at leger har forhåndsbehandlet med opioid agonist (Dolcontin, Temgesic) og at pasienten klarer å avruse seg selv fra alt annet. Det gjøres de fleste steder unntak når søkeren er i en eller annen form for kritisk helsetilstand.

Om en for evalueringsformål ønsker å undersøke effekten av å ha restriktiv versus mer liberal holdning til nødvendigheten av full avvenning før oppstart, vil vi få en gradering. LAR-Rogaland, MARIT og fylkesteamene i Vestfold, Buskerud og Telemark aksepterer bare rene unntak knyttet til særlige kriser eller lave verdier i prøvene på slutten av avvenning og grupperer seg i restriktiv retning.

Fylkesteamene i Hedmark og Oppland har etablert praksis for å godta direkte oppstart når alt annet enn opioidprøvene er negative mens Metadonklinikken i Hordaland, behandlerne i Østfold og i tiltakene i Aust- og Vest-Agder også godtas at pasienten har cannabis i fallende verdier. Tiltakene plasserer seg derfor i en slags mellomgruppe.

I Akershus er situasjonen sterkt varierende ved at praksis ved avvenningsklinikken medfører oppstart også ved positive prøver. I tillegg har fastlegenes vurderinger varierende innflytelse. Senteret i Oslo befinner seg i den klart mest liberale ende av skalaen slik at en har praksis for oppstart for pasienter bare positive for opioider, ikke legger vesentlig vekt på cannabis og dessuten har oppstartprosjekt med Subutex uten forhåndsavvenning og dessuten en avrusningsavdeling med praksis som gir positive prøver ved oppstart.

### 3.2 Hvor skjer avvenningen?

Den opprinnelige forutsetningen var at avvenning ofte eller som oftest burde kunne skje poliklinisk. Tiltakene er spurt om hvorledes det i realiteten er nå.

Tabell 3. Hvor skjer avvenningen? 1=alltid, 2=oftest, 3=noen ganger, 4= aldri									
	Avrus	Psyk	Soma	Annen region	Annet land	Pol klin	Fast-lege	Eget oppl	
MIDT/NORD									
Marit	2	3	3	4	4	3	3	4	
VEST									
Metadonklinikk	2	4	3	4	4	3	3	4	
LAR-Rogaland	2	3	3	3	3	4	3	4	
SØR									
Vest-Agder	2	3	3	4	4	3	3	3	
Aust-Agder	2	3	3	4	4	3	3	3	
Telemark	2-3	3	3	3	4	3	2-3	4	
Vestfold	2	3	3	4	4	3	3	4	
Buskerud	2	3	3	3	4	3	3	nei	
ØST									
Oslo	2	3	3	3	4	3	3	3	
Østfold	2	4	3	4	4	3	2	3	
Hedemark	2	4	4	4	4	3	3	4	
Oppland	3	4	4	4	4	2	2	4	
Øvre Romerike	1	4	4	4	4	4	4	4	
Nedre Romerik	1	4	4	4	4	4	4	4	Enkeltstående unntak
Follo	2	3	4	3	4	3	3	-	En gang Gundruplund
Asker	2	-	3	-	-	3	3	-	Kombi
Bærum	2	3	3	3	4	3	3	4	



Tabell 3 viser at institusjonsbruk er det vanlige de fleste steder. Et spørsmål om generell institusjonsbruk er oppfattet noe ulikt og er derfor tatt ut. Det går imidlertid frem av spørsmålet om poliklinisk avvenning at hovedreglen er at avvenning skjer i en eller annen form for institusjon. Bare i Oppland og i Bærum ser poliklinisk avvenning ut til å være vanlig, Poliklinisk avvenning skjer likevel overalt – bortsett fra i Øvre og Nedre Romerike. Oppstartpoliklinikken i Oslo brukes en del mens tiltakene i Aust- og Vest-Agder noen ganger praktiserer egen poliklinisk avvenning.

Når det gjelder hvilken type institusjon som blir brukt, ser vi at Øvre og Nedre Romerike merker seg ut ved at teamene alltid bruker avvenningsinstitusjon. Psykiatrisk institusjon og somatisk sykehus brukes de fleste steder noen ganger, men først og fremst når pasienten legges inn til behandling for en egen lidelse i institusjonen. Fengsel nevnes også av 5 tiltak (ikke i tabell).

Tiltakene/sentrene på/i Vestlandet, Agder-fylkene, Vestfold, Buskerud, Østfold, Hedemark har "egen institusjon" som dels brukes til avvenning og dels til behandlingsformål. I Akershus er det en egen avrusningsavdeling men det er ikke egen avdeling/plasser for MAR-tiltakene. Kapasiteten beskrives dessuten som utilstrekkelig. Her brukes noen ganger andre regioner. Det er også bare her det har vært bruk av Gundruplund i Danmark, og denne praksis er avvirket. MARIT særpreges ved bruk av et stort antall institusjoner i flere fylker men også av tilgang i egen institusjons (plasser). Ved gjennomgang av svarene synes det som om nært samarbeid med og innflytelse i egen eller nærstående institusjon bedømmes svært positivt.

### 3.3 "Kvoter"?

Begrepet kvoter, dreier seg om en praksis som egentlig ikke skal forekomme verken etter Helsetilsynets veileder eller etter retningslinjene for MAR. Lange ventetider har noen steder gjort det vanskelig å være konsekvent og i noen grad ført til uklar/annen praksis. Tiltakene er spurt om hvorledes man forholder seg til henvendelser om kvoter og om begrunnelse for eventuelle unntak.

Tabell 4 viser at "kvote"-spørsmålet håndteres ulikt. 12 tiltak har som policy at man alltid avviser slike spørsmål med henvisning til at kvoter frarådes. To tiltak (Telemark og Oslo) er ikke helt konsekvente eller i tvil og kan gi råd med henvisning til Helsetilsynets veileder IK-2755. I Buskerud vurderes det slik at slik forskrivning i noen tilfeller kunne være hensiktsmessig men man tror at kontrollen vil bli vanskelig. I praksis overlates spørsmålet til fastlege og fylkeslege. I Oslo kan man gi råd om bruk av opioid i unntakstilfeller. Flere tiltak beskriver at legene gjør som de vil uansett. I Telemark henviser til Helsetilsynet veileder. Nødvendighet av kontrollert utlevering og kontrollregime understrekes.

5 tiltak har en eller annen form for samarbeid om "kvoter" forstått som fastlegeforskrivning. MARIT har utviklet en systematisk praksis hvor det kan gies godkjenning for forskrivning i ventetiden for godkjente pasienter med avtale om hvorledes dette skal skje. Metadonklinikken og Østfold aksepterer strukturerte opplegg med opioid substitusjon for ventetiden.

Tabell 4. Avvises alltid spørsmål om kvoter ? Ja/nei		
MIDT/NORD		
Marit	nei	Før søknad er ferdigbehandlet vises til rundskriv. For godkjente pasienter kan fastlegen søke om midlertidig opplegg for inntil 12 mnd. MARIT gir godkjenning men fastlege og sosialtjeneste er ansvarlig for tilbudet.
VEST		
Metadonklinikk	nei	Aksepterer kvoter i godt strukturert opplegg som bygger på substitusjon med opioider.
LAR-Rogaland	ja	Kort ventetid fra søknad til oppstart gjør spørsmålet uaktuelt
SØR		
Vest-Agder	ja	Vi har ikke ventetid. Det er mulig vi må endre praksis hvis Fylkeslegens tolkning av IK-15/2000 er riktig. I så fall bestemmer fastlegen
Aust-Agder	nei	Aksepterer i noen grad Dolcontin i forkant. Det har vært lite, men nå registreres økende medikasjon fra fastleger, også for pasienter ikke aktuelle for MAR. I 2003 inntaksstopp av ressursgrunner og dette har før til unntak ved sykdom og krise
Telemark	nei	Henviser til Helsetilsynveileder. Understreker kontrollert utlevering og kontrollregime (urinprøver og samtaler)
Vestfold	ja	Har dårlig erfaring med at leger gjør dette. Utsettelse, manipulering, blir "straff" å begynne i LAR. Motivasjonssvikt. Har ikke hatt ventetid før nå.
Buskerud	ja	Fraråder alltid kvoter som "forskutterer" MAR. Vi ser at det kan være fornuftig i noen tilfeller men dette blir ansvar for fastlege og fylkeslegen. Nesten aldri kontroll ved kvoter, vanskelig innstrammingsbehov. Råd i hht IK 2755
ØST		
Oslo	ja, men	I prinsippet avvises alltid. Kan gi råd ved aktuell pasient med spesiell problemstilling etter retningslinjene for avvenning i Helsetilsynets veileder for bruk av avhengighetsskapende midl
Østfold	nei	Enkelte leger forskriver Dolcontin/Temgesic i ventetiden
Hedemark	ja, men	Stabilisering med opioid kan skje under opphold i Rusm.avd når det er ansett medisinsk riktig, forutsatt at MAR-søknad utarbeides og blir uformelt akseptert av samarbeidspartnerne
Oppland	ja,men	unntaksvis når legene mener det er viktig/riktig
Øvre Romerike	ja,men	men det er jo leger som ikke spør oss eller er enige med oss
Nedre Romerik	ja,men	
Follo	ja	men noen leger har satt pasienten på "kvote" og søknaden behandles da på vanlig måte
Asker	ja	Unntak kan ha forekommet, individuelt begrunnet.
Bærum	ja	Dette avgjøres ikke av sosialsenteret men av lege+PUT. Det brukes forskjellige løsninger som disse selv tar ansvar for.

Tabell 5 viser at bare ett sted kan akseptere forskrivning til pasienter som ikke enda er søkt til MAR, og dette er knyttet til unntakssituasjoner. Flere steder som f.eks i Bærum føyer imidlertid til at man har liten innflytelse på fastlegenes vurderinger..

Tabell 5. Hvis dere noen ganger aksepterer kvoter, når skjer det i forhold til søknadsprosessen				
	Før søknad på legens vurdering	Etter mottatt søknad	Godkjente søkere på vent	
MIDT/NORD				
Marit	nei	nei, men drøfter	ja	eget søknadsskjema
VEST				
Metadonklinikk	nei	nei	ja	
LAR-Rogaland	nei	nei	nei	
SØR				
Vest-Agder	nei	nei	nei	
Aust-Agder	ja, sjelden	ja, av og til	ja, av og til	spesielt medtatte pasienter
Telemark	nei	nei, men drøfter	ja	
Vestfold	nei	nei	nei	
Buskerud	nei	nei	nei	I hht IK-2755
ØST				
Oslo	nei	nei, men drøfter	ja	
Østfold	nei	nei	ja	enkelte leger forskriver i ventetid
Hedemark	nei	nei	nei	
Oppland	nei	nei	ja	
Øvre Romerike	nei	nei	nei	men ikke alle leger spør oss
Nedre Romerik	nei	nei	nei	
Follo	nei	nei	nei	
Asker	nei	nei	nei	
Bærum	nei	nei	nei	men legene avgjør selv

Når det gjelder pasienter som er søkt inn uten at søknaden er vurdert, er situasjonen omtrent den samme. Tiltaket i Aust-Agder forholder seg til spesialsituasjoner. Det er imidlertid flere tiltak som aktivt gir råd til leger om hvorledes legene skal håndtere situasjonen. Rådene følger IK-2755, og det vises noen ganger til muligheten for forskrivning av opioider som avvenning.

Sentrene og tiltakene er mest åpne for forskrivning i en eventuell ventetid etter at søknaden er godkjent. 7 tiltak aksepterer forskrivning til slike pasienter. Her har MARIT utviklet et "avtalesystem" som godkjenner dette etter en spesiell "søknad". Ansvar er lagt til fastlegen og sosialsenteret. Det er blant annet ingen betaling av medikamentet, og forutsetningen er bruk av Dolcontin. Tiltakene i Oppland, Oslo og Østfold har aksept for systematiske opplegg med direkte overgang forutsatt bare opioider.

Konklusjonen fra svarene i forhold til hvorledes sentrene og tiltakene håndterer spørsmålet om "kvoter", er at variasjonen er større enn den bør være. Det er minst problemer for henvendelser om pasienter som enda ikke er søkt til behandling, og relativt lite vansker i forhold til pasienter som er søkt uten at søknaden er vurdert. Det virker likevel som om

enkelte steder kan gi råd om at legen forsøker polikliniske avvenningstiltak mens andre mener at dette blir uhensiktsmessig ukontrollert forskrivning. Størst problem er det for de pasientene som er godkjent og står og venter. Noen steder har løst dette ved å holde ventetiden nede, eventuelt ved egen oppstartpraksis med innstilling på Subutex i en vente- og avklaringsperiode. Andre steder får ventetid, tildels lang ventetid. Dette problemet møtes problemet ulikt. I Marit er det utviklet en systematisk praksis som bygger på samarbeid med fastleger og egen prosedyre mens man andre steder mer uformelt godtar slik praksis. Noe over halvdel av tiltakene avviser spørsmålet.

Konklusjonen er at tiltakene må bli mer enige om når og på hvilken måte en skal akseptere forskrivning av avhengighetsskapende stoffer. Det bør bli enighet om hvorledes man håndterer ventetid og eventuelt utvikles modeller for systematisert samarbeid med fastleger.

### 3.4 Praksis for nedtrapping

Tabell 6. Vi praktiserer bare helt unntaksvis nedtrapping Ja/nei		
<b>MIDT/NORD</b>		
Marit	nei	Eget obligatorisk oppstartmøte med bl a fastlege. Her kan planlegges nedtrapping før oppstart og evt bz nedtrappingsplan i MAR
<b>VEST</b>		
Metadonklinikk	nei	Det gies rådgivning til fastleger om nedtrapping for klienter som står på kvote før inntak.
LAR-Rogaland	ja	
<b>SØR</b>		
Vest-Agder	ja,men	Avrusningsavd har hatt et eget forsøksprosjekt med 10 pasienter med nedtrapping med Subutex og Orfiril
Aust-Agder	nei	
Telemark	Ja,men	Praksis ved Borgestad varierer. Vår praksis også. Hovedregel i negativ prøve før oppstart.
Vestfold	ja	Noen trapper seg ned ute men vi regner med at det bare spørres etter de som er innlagt.
Buskerud	ja, men	I avrusningsavdelingen brukes det ingen nedtrapping med avhengighetsskapende midler, men poliklinisk er det opp til den enkelte lege. Dessuten sendes enkelte til Fredheim som bruker Temgesic
<b>ØST</b>		
Oslo	ja, men	men Akuttinstitusjonen trapper opp pasienten inneliggende med opioid og samtidig Sobrilnedtrapping. Oppstartperiode med Subutex kan unntaksvis brukes til nedtrapping og evt til planlegging av lengre tids kontraktfestet avvenning fra benzodiazepin.
Østfold	ja	
Hedemark	nei	Bruker buprenorfin etter individuell vurdering
Oppland	Ja	
Øvre Romerike	-	Avgjøres av avrusningsavdelingen
Nedre Romerik	-	Dette avgjøres av avrusningsavdelingen
Follo	nei	Avrusningsavdelingen avgjør
Asker	nei	Unntaksvis når forsøk har vært mislykket
Bærum	nei	Dette avgjør SIA

De generelle anbefalingene i Norge har i hovedsak vært at det ikke skal brukes avhengighetsskapende midler under avgiftning. Nedtrapping har først og fremst vært aktuelt for særlig svekkete pasienter eller pasienter med kompliserte avrusinger på den ene siden og sosialt ressurssterke pasienter med god samarbeidsevne på den annen. Den faglige utviklingen når det gjelder avvenning er slik at den faglige enigheten er mindre. Tiltakene er spurt om deres praksis i forhold til nedtrapping.

Tabell 6 viser at det er betydelige forskjeller når det gjelder praksis i for nedtrapping og avvenning før MAR. 8 tiltak forutsetter avvenning uten nedtrapping men ett av disse, Oslo, samarbeider med en Akuttinstitusjon som har nedtrapping som fast policy. Dessuten tar pasientene ofte inn i en inntakspoliklinikk som tar i bruk Subutex uten nedtrapping og bruker tiden frem til ordinært inntak til nedtrapping av eller vrå avvenning fra rusmidler. Flere tiltak svarer at det er avrusningsavdelingen som avgjør slike spørsmål. En slik avdeling har utviklet bruk av buprenorfin og valproat som metode. To avdelinger bruker nedtrapping med opioid og delvis med benzodiazepin. Nedtrapping med benzodiazepin kan også gjøres poliklinisk, mest systematisk utviklet som metaode i Marit. I realiteten er det LAR-Rogaland, Vestfoldteamet, Buskerud-teamet og Østfold som utelukkende praktiserer avvenning uten nedtrapping, og Buskerudteamet bruker delvis en avdeling som støtter seg på Temgesic.

<b>Tabell 7. Hvis aksept av nedtrapping (nei på spørsmål 4), hvilken type/hvilket formål?</b>				
	Søvnmedikasjon med benzodiaz	Nedtrapping med opioid	Nedtrapping med benzodiaz	
MIDT/NORD	nei	nei - men nedtrapp fastlege i forkant	ja	systematisk nedtrappingprogram
VEST				
Metadonklinikk	nei	nei	nei	
LAR-Rogaland	nei	nei	nei	
SØR				
Vest-Agder	nei	ja	nei	Forsøksprosjekt
Aust-Agder	nei	av og til	av og til	
Telemark	-	-	-	
Vestfold	nei	nei	nei	
Buskerud	nei	nei	nei	Fredheim Temgesic
ØST				
Oslo	sjelden	sjelden	unntaksvis	men oxazepam nedtrapping i Akuttinstitusjon
Østfold	nei	nei	nei	
Hedemark	nei	ja	ja	
Oppland	ja	ja	ja	
Øvre Romerike	ja	nei	nei	men nedtrapping hos fastlege før oppstart er egen intervensjon
Nedre Romerik	-	-	-	Avrusningsavdeling
Follo	nei	ja	nei	Avvenningsavdeling
Asker	ja	nei	ja	
Bærum I	-	-	-	avgjøres av SIA

Tabell 7 viser oversikt over hvorledes de ulike sentrene forholder seg til ulike midler. MARIT synes å ha systematisert dette spørsmålet mest med obligatorisk oppstartmøte med planlegging av ulike former for nedtrapping, herunder også nedtrapping som kan fortsette etter oppstart. I Vest-Agder er hovedreglen avgiftning uten nedtrapping og unntaket er et eget forsøksprosjekt. Ellers ser det ut til at en tilpasser seg den mest brukte avrusningsavdelingen og ofte hva fastlegen har begynt med.

Konklusjonen er nærmest den at holdningene og oppfatningene på dette området varierer, og at de fleste MAR-tiltakene har relativt liten innflytelse.

### 3.5 Hvilke institusjoner brukes??

Tiltakene er spurt om hvilke institusjoner som brukes til avvenning og eventuelt til opptrapping. Svarene er satt opp tabellarisk.

<b>Tabell 8. Hvilke institusjoner brukes</b>	
MIDT/NORD	Lade behandlingssenter, Tromsklinikken, Psyk avd Levanger. Nordlandsklinikken (Narvik) og Vestmo (Ålesund) bygger opp egne avd
VEST	
Metadonklinikk	Bergensklippene – Akuttavdelingen og Hjellestadklinikken
LAR-Rogaland	Avrusing v Rogaland A-senter og opptrapping ved Seksjon Rusvern, Sandnes
SØR	
Vest-Agder	Egen avrusingsavdeling eller i samarbeid med fengsel/sykehus for innlagte/innsatte
Aust-Agder	Egen behandlings- og avgiftningsavdeling, fengsel
Telemark	Borgestadklinikken, Akuttavdelingen Drammen
Vestfold	Egen avrusingsinstitusjon alltid (Vestfoldklinikken)
Buskerud	DPS-Akuttavdeling for stoffmisbrukere, Stiftelsen Fredheim. Noen ggr Veslelien
ØST	
Oslo	Akuttinstitusjonen Ullevål vanligvis, evt akuttinstitusjonene M3 og Storgt. Fengsel og unntaksvis psykiatriske og somatiske avdelinger
Østfold	Østfoldklinikken, alltid
Hedemark	Sykehuset innlandet, Rusmiddelavdelingen. Stiftelsen Fredheim
Oppland	
Øvre Romerike	Akutteneheten, Lurud (alltid)
Nedre Romerik	Akutteneheten, Lurud
Follo	Akutteneheten, Lurud, av og til psyk/som sykehus, avd andre regioner
Asker	Akutteneheten, Lurud (mest), Drammensakuttene, Gundrupslund (lite), Ullevålsakutt (lite)
Bærum	Akutteneheten, Lurud, Biri (?), Drammensakuttene (mulighet)

Tabellen viser at det er nokså mange institusjoner involvert, men også at dette i første rekke er avrusingsavdelinger knyttet til rusmiddelbehandlingsapparatet.

## 4 Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken.
2. Waal H, Blix O, Krook A. Utredning om nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering. avgitt til Sosial- og helsedepartementet Oslo 1997. <http://www.metadon.org>.
3. Veileder for leger og helsepersonell i metadonassistert rehabilitering. Oslo: MARIO, 2000.
4. Veileder for samarbeid om metadonassistert rehabilitering i Helseregion Øst. Oslo: MARIO, 1999.
5. Praktisk veileder for samarbeid om metadonassistert rehabilitering i kriminalomsorgen (KIA og KIF). Oslo: MARIO, 1999.
6. Samarbeid om metadonassistert rehabilitering i psykiatriske institusjoner. Oslo: MARIO, 1999.
7. Veileder for bruk av medikamentassistert rehabilitering for gravide. Oslo: MARIO, 2001.
8. Eklund C. Withdrawal from methadone maintenance treatment in Sweden. Doktoravhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1996.
9. Hole R, Espegren O, Bergstad Lazaridis K, Sandvold M, Blix O, Høiseth T, Waal H, Krook A. Metadon i Norge. Ett år med et nasjonalt system for metadonassistert rehabilitering. Rapport til Sosial- og helsedepartementet Oslo: Sosial- og helsedepartementet 1999. <http://www.metadon.org>.
10. Vindedal. B. Metadonassistert rehabilitering i Norge. Statusrapport juni 2000. Rapport til Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Utviklingspartner, 2000.
11. Flaaterud S. Brukerundersøkelse.. Skien: Borgestadklinikken, 2000.
12. Blix O, Bruvik S, Waal H. Metadonprosjektet i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119:242-6.
13. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Sifa rapport nr 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
14. Brandsberg-Dahl A. Fra konflikt til konsensus? Hovedoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, 2000.



**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 2 av 8  
S.nr. 200300235 - 5

SKR-rapport nr 2/2004

## HVILKEN PRAKSIS HAR LAR-SENTRERNE FOR UTSKRIVNING?

Tilbakemeldinger fra tiltakene 2003

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004

Helge Waal,  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo*



## INNHold:

1	INNLEDNING.....	1
2	PRINSIPELLE VURDERINGER I SENTRENE .....	1
3	OVERSIKT.....	3
4	ANDEL UTSKREVNE I REGIONENE OG SENTRENE .....	5
5	FORSTÅELSE AV UTSKRIVNINGSKRITERIENE .....	7
5.1	”Absolutte” kriterier .....	7
5.2	”Relative” kriterier .....	12
5.3	”Selvvalgte” utskrivninger .....	18
6	PRAKSIS NÅR PASIENTEN BRUKER ULIKE RUSMIDLER.....	19
6.1	Unntak .....	21
6.2	Skadereduksjon .....	22
7	VURDERINGER OG KONKLUSJONER.....	23

## 1 INNLEDNING

Legemiddelassistert rehabilitering sikter mot rusfrihet og sosial- og/eller yrkesmessig rehabilitering med mål definert i rundskriv IK-15/2000, I-35/2000, I-33/2001, I-5/2003. Rundskrivene inneholder også kriterier for utskrivning: absolutte: vold, trusler og salg og relative: ukorrigerbart rusmiddelbruk, manglende samarbeid, manglende rehabiliteringseffekt. Disse kriteriene er moderert i rundskriv I-35/2000 ved begrepet "forholdsmessighet" for begge kriterietyper. Det er understreket at utskrivningene skal være faglig begrunnet og ikke være disiplinærtiltak.

Samlet vurderes det som sannsynlig at kriteriene forstås noe ulikt i de ulike sentre og tiltak. Dette kan ha betydning for behandling og for resultater.

Som ledd i oppdraget om evaluering av LAR i Norge fra Sosial- og helsedirektoratet er det gjort en kartlegging av hvilken utskrivningspraksis sentrene og tiltakene hadde i 2003. Hvert senter/tiltak har besvart et skjema med åpne og lukkede spørsmål om utskrivelsespraksis og forståelse av kriteriene. Det er tilleggsspørsmål om beskrivelse av eventuelle endringer i praksis etter 2003. Det var bare tre sentre/tiltak som hadde gjort noen endringer og disse var ikke vesentlige. I Oslo er blitt noe strengere i forhold til utskrivning og beholder i dag enkelte som tidligere ville ha blitt utskrevet. I LAR Aust-Agder prøver man noe oftere å gjennomføre nedtrapping med benzodiazepin, helst før, men også under LAR. Ett senter beskrev en refleksjonsprosess. Med disse forbeholdene er svarene dekkende for praksis også i 2004.

Rapporten er sendt til sentrene for kvalitetssikring og kommentarer. Den kvalitetssikrede rapporten er drøftet på nasjonalt møte 2-3 september 2004.08.10. Forfatteren er selvsagt likevel eneansvarlig for vurderingene og konklusjonene.

## 2 PRINSIPIELLE VURDERINGER I SENTRENE

LAR-sentrene drøftet prinsippene for utskrivning fra LAR i et Nasjonalt møte 29-30/11-02. Følgende notat ble vedtatt:

### Forståelse av utskrivningskriteriene

De gjeldene retningslinjer for utskrivning fra MAR mot egen vilje er utformet etter en modell hvor en skiller mellom absolutte og relative kriterier. De absolutte sikter etter vår forståelse mot å beskytte behandlingsapparatet mot trusler og vold fra klienter om ikke respekterer retningslinjene for behandlingen og mot lekkasje av medikament til illegalt salg. Departementet har innført en bestemmelse om forholdsmessighet i praktiseringen av de absolutte kriteriene. De relative sikter mot å sikre aktivt arbeid for samarbeid om rehabiliteringsmålsettingen i behandlingen.

Erfaringen er at voldskriteriet sjelden anvendes. Det er likevel nyttig i forhold til samarbeid med vanskelige klienter. Dersom klienten reagerer med trusler og vold mot retningslinjene i behandlingen, kan denne ikke gjennomføres. Dette vil ofte føre til utskrivning, men det bør

tydeliggjøres at kriteriet ikke sikter mot utskrivning av klienter som er aggressive eller urolige i andre sammenhenger eller har tilbakevendende problemer på disse områdene.

Salgskriteriet er vanskelig å bruke fordi en sjelden har sikker informasjon. Dette gjør at drøftingene lett kan bli en slags bevisførsel som ikke er hensiktsmessig. Problemstillingen vil oftest være aktuell i situasjoner hvor det er flere vansker i behandlingen. Kriteriet brukes derfor vanligvis som ledd i helhetlig vurdering, ikke som et absolutt kriterium. I alvorlige tilfeller skal hovedreglen være utskrivning.

De relative kriteriene forstås nokså likt men praktiseres noe ulikt. Den sentrale logikken er å forvente aktiv rehabiliteringspraksis. Ingen praktiserer behandlingsavslutning ved enkelte rusepisoder eller ved kortere perioder med andre behandlingsvansker. Ulikheten består i hvor lenge en beholder pasienter med bedring i forhold til utgangspunktet ved langvarige perioder med tegn på bruk av rusmidler og liten fremgang i samlet rehabilitering. Enkelte steder beholdes pasienten så lenge en samlet vurdering viser behandlingsnytte og samarbeid mens en andre steder legger større vekt på en hovedregel om rusfrihet (alle rusmidler) og har lavere terskel for behandlingsavslutning.

Konklusjonen er at kriteriene bør formuleres med et overordnet krav om at en utskrivning alltid skal bygges på en helhetsvurdering av behandlingen. Denne helhetsvurderingen skal legge vesentlig vekt på

- om pasienten samarbeider uten vold og trusler
- om pasienten omsetter medikamentet, gir det videre til andre eller deltar i illegal omsetning av rusmidler
- om behandlingen er virksom etter målsetting og avtaler. Uvirksom behandling bør avsluttes. Ny behandling må bygge på erfaringen og resultatene fra tidligere behandlingsforsøk.

Behandlingseffekten vurderes etter grad av rehabilitering, herunder oppnådd rusfrihet, bedret livskvalitet og helse. Det forutsettes at pasienten samarbeider om målsettingen ved behandlingen.

#### Retningslinjer for prosedyrer ved utskrivningsbeslutning

Utskrivningsbeslutning skal bygge på dokumentasjon av at behandlingen ikke er virksom i forhold til definerte målsetting og inngåtte avtaler. Dette gjelder både klientens atferds og problemer og tiltaksapparatets innstas for å løse problemene. Vurderingen skal beskrives. Det skal dokumenteres at den regionalt ansvarlige instans har godkjent vedtaket.

En slik prosess bør følge en prosedyre hvor pasienten får muntlig og deretter også skriftlig beskjed om at behandlingen ikke gir ønskete resultater. Journalen skal dokumentere at vanskene er drøftet med klienten og hvilke tiltaks som er foreslått, iverksatt og hvilke resultater dette gir.

Dersom utviklingen fører mot utskrivning, skal dette vanligvis drøftes i ansvarsgruppemøte. Drøftingen skal omfatte vurdering av hvilke tiltaks som har vært forsøkt på første- og andrelinjenivå. Beslutningen om å avslutte MAR-behandling ligger formelt hos leder av ansvarlig MAR-tiltak. Journalen skal dokumentere utskrivningsbeslutningen og avgjørelsesprosessen og ansvaret for de ulike tiltakene.

### Klageadgang

Medikamentassistert rehabilitering er til nå et tiltak etter sosialtjenesteloven hvor det skal utøves skjønnt for om dette er den beste behandling. Klageadgangen gjelder derfor først og fremst saksbehandlingen som enkeltsak med klage til Fylkesmannen. Avslutningen av medikamentforskrivningen er en medisinsk vurdering av medikamentbrukens effekt og hensiktsmessighet. Dette kan bare klages til Fylkeslegen med lovgrunnlag i helsetjenestelovgivningen. Etter en eventuell revisjon av lovgrunnlaget i forbindelse med aktuelle rusreformer bør disse forholdene vurderes på nytt.

## 3 OVERSIKT

Sentrene rapporterer tertialvis til nasjonalt kompetansesenter. I denne undersøkelsen er hvert senter bedt om å se særlig på tallene for 2003.

Rapporteringen bygger på retningslinjene for LAR slik at utskrivelsene er definert i forhold til kriteriene for utskrivning. De såkalt absolutte kriterier er aktuelle nå en pasient bryter de grunnleggende vilkårene for behandlingen ved å true, ved å være voldelig overfor behandlerne eller ved å selge sin medikasjon til andre. Ved alvorlig brudd i forhold til disse kriteriene skal pasienten vanligvis skrives ut. De relative kriteriene dreier seg om pasientens utvikling og samarbeid. Det forutsettes at denne behandlingsformen som andre vurderes i forhold til om den gir en ønsket effekt. Dersom behandlingen ikke gir bedring i forhold til målsettingen og forsøk på å styrke behandlingen ikke fører frem, bør behandlingen avbrytes. Som anført ovenfor, har de siste rundskrivene fra SD og HD understreket at vurderingene skal være forholdsmessige med hensyn til pasientens vansker ved behandlingsavbrudd.

I tillegg kan pasienten selvsagt selv velge å avslutte behandlingen. "Selvvalgt" kan imidlertid bety flere ting. I ett ytterpunkt har vi pasienter som vurderer seg som "ferdig rehabilitert" med ønske om å slutte med morfinstoff fordi de ønsker å være fri fra avhengigheten. I et annet ytterpunkt har vi pasienter som slutter å komme til medikamentutdeling uten å begrunne det eller fordi de ikke liker de kravene og begrensningene behandlingen forutsetter. Disse pasientene vil ofte fortsette sin rusmiddelbruk, ikke sjelden nokså uendret. Noen pasienter foregriper også den avvisningen de forventer fra behandlerne ved å avbryte før de tror de blir utskrevet. I denne undersøkelsen, har vi bedt om at slike pasienter vurderes etter kriteriene for utilstrekkelig effekt.

Når det gjelder de som er flyttet, skal dette være avtalte flyttinger hvor behandlingen skal fortsette i annet senter. Pasienter har en selvsagt rett til å flytte, og behandlingsapparatet tilsvarende plikt til å legge forholdene til rette for det (Se "Anbefalinger for arbeidet med klienters flytting mellom kommuner og helseregioner" som kan hentes fra "Nasjonale anbefalinger, MAR Øst hjemmeside). Flyttingen må imidlertid foreberedes og dersom pasienten flytter uten samarbeid og foreberedelse vil dette føre til utskrivning på grunn av manglende samarbeid. Dersom pasienten fortsetter hos fastlege under oppfølging fra senteret, er pasienten ikke utskrevet i den betydningen begrepet har her. Utskrivninger mellom ulike avdelinger i samme senter, er heller ikke innregnet.

**Oversikten over dødsfall gjelder bare inntrufne under behandling, ikke i ventetid eller etter utskrivning..**

TABELL 1. OVERSIKT OVER UTSKRIVNINGENE I 2003

Senter/region	I behandling ved årsskiftet	Utskrevne i løpet av året	"Absolutte" kriterier	"Relative" kriterier	Selvvalgt	Flyttet	Dødsfall
Helseregion Midt- og Nord-Norge							
Marit	184	36	3	20	9	1	3
Helseregion Vest							
Hordaland og Sogn og Fj	256	38	3	23	3	6	3
Rogaland	186	32	0	27	3	0	2
Sum region	442	70	3	50	6	6	5
Helseregion Sør							
VestAgder	151	35	2	12	13	6	2
AustAgder	70	14	1	7	4	0	2
Telemark	127	20	2	14	1	0	3
Vestfold	71	9	1	7	1	0	0
Buskerud	76	25	0	22	2	1	0
Sum region	495	103	6	62	21	7	7
Helseregion Øst							
Oslo 1	699	101	0	37	47	6	11
Oslo 2	657	68	0	35	18	5	10
Asker og Bær	133	13	1	3	5	3	1
Follo	36	0	0	0	0	0	0
Nedre Romer	67	8	0	6	0	1	1
Øvre Romer	31	3	0	1	0	0	1
Østfold	138	17	2	7	2	1	5
Oppland	98	4	0	2	0	0	2
Hedmark	111	9	2	7	0	0	0
Sum region*	1331	154	5	63	55	10	21
Hele landet							
Norge*	2452	363	17	195	91	24	36

\* Summert med oppgavene fra Oslo som i Oslo 1.

Tabell 1 viser en oversikt over svarene i skjemaene kontrollert i forhold til årsoppgavene. Enkelte svar gir noe flere eller færre klienter enn det er opplyst i årsoppgavene. Vi har her valgt å holde oss til svarene i skjemaene i det vi forutsetter at disse er ekstra kontrollsjekket mens årsoppgavene er avgitt tidligere og under større press. Ingen av forskjellene har noen betydning for vurderingene.

Tabellen er oppdelt i helseregioner og tiltak, stort sett fylkesvis. MARiT – "Medikamentassistert rehabilitering i Trondheim" har imidlertid i 2003 hatt ansvaret for alle fylkene i Midt- og Nord-Norge, altså for to hele helseregioner. I Region Vest hadde "Metadonklinikken" ved Bergensklinikkene lenge ansvaret for hele regionen men LAR Rogaland ble opprettet i 2002. I Helseregion Sør har tilbudet fra starten av vært organisert fylkesvis, dels som LAR-team ved Rusklinikkene i Vest- og Aust-Agder og dels som fylkestilknyttede team i de andre fylkene. Statstilskuddene har vært fordelt fylkesvis.

I Helseregion Øst har MARIO, Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo forvaltet hele statstilskuddet og det overordnede inntaks- og utskrivningsansvar sammen med veiledingsoppgaver i regionen. Utenfor Oslo har Hedmark, Oppland og Østfold organisert fylkesvise team eller koordinator - ordninger i mens Akershus har organisert et tilbud etter sin struktur med 4 opptakssektorer og "Allklinikker"; Follo, Øvre og Nedre Romerike og Akser/Bærum.

MARIO – som nå er delt i MAR Øst med helseforetakstilknytning og MAR Oslo med kommunal tilknytning – hadde i 2003 en egen inntakspoliklinikk. Hensikten var å etablere en rask og forenkelt inntaksordning for å redusere ventetiden for søkerne. Poliklinikken tok i mot og startet opp med pasienter basert på en vurdering av skriftlig søknad, direkte uten avvenning og ofte uten at søknaden var sikret som et godt avtalt samarbeid med sosialsenter og med tiltaksplan. En nokså høy andel av pasienten avbrøt inntaket under arbeid med tiltaksplan og avvenning. Oppgavene for 2003 var preget av dette og ikke typiske for tidligere årsoppgaver. "Oslo 1" er talloppgavene for hele senteret. I "Oslo 2" er inntakspoliklinikkens pasienter er hold utenfor.

Vi ser at 363 pasienter ble skrevet ut fra behandlingen i hele Norge i 2003. Dette er 14 % i forhold til de som var i behandling ved årsskiftet. Beregningen blir noe skjev fordi andelen bør regnes av alle som var i behandling. Legger vi sammen antallet utskrevne og antallet gjenværende i behandling, får vi antallet som har hatt tilbud i løpet av året; 2815. Andelen utskrevne blir da 12 %. Det er en reell forskjell mellom regionene slik at Region Sør har en andel utskrevne på 17 %, Region Midt- og Nord-Norge på 16 %, Vest på 13 % og Øst på 7 %. De to første regionene har omtrent samme andel i øvre område, Vest danner et midtnivå mens region Øst har en andel som ligger på under halve nivået av de to med høyest andel utskrivninger.

Mortaliteten i forhold til totalantallet i behandling er nokså lav. 36 av 2815 personer er en dødelighet på 13 per tusen. Fra andre undersøkelser vet vi at pasientgruppen består av vel 1/3 del kvinner og noe under 2/3 deler menn med en alder av noe under 40 år i gjennomsnitt. Den forventete dødeligheten i denne aldersgruppen med en slik kjønnsfordeling vil være ca 9 dødsfall årlig per tusen innbyggere i Norge (SSB). Mortaliteten bedømt ved dødsfall under behandlingen er derfor ikke mer en ca 50 % forhøyet. Variasjonene mellom de ulike regionene er liten med Region Vest med lavest mortalitet på 10/1000 og Sør på 12/1000. Region Midt- og Nord-Norge og Region Øst har begge årlig mortalitet på 14/1000 i behandlingen. Oslo har isolert sett 14/1000. Enkelte fylker ligger høyere men her er tallene så små at tilfeldige variasjoner kan slå markert ut.

Andelen som utskrives fordi pasienten flytter til andre behandlingssteder er også liten. Det er likevel liten grunn til å regne disse som utskrevet fra behandling. Det er derfor gjort en egen beregning av andel som slutter uten at disse er tatt med sett i forhold både til antall i behandling ved årsslutt og antall som har vært i behandling gjennom hele året.

## 4 ANDEL UTSKREVNE I REGIONENE OG SENTRENE

Tabell 2 viser oversikten. I kolonne A står antallet i behandling ved årsskiftet. Kolonne B

TABELL 2. ANDEL UTSKREVNE I REGIONENE OG SENTRENE

Senter	A = Antall i behandling ved årsskiftet	B = A + utskrevne	C = Utskrevne, ikke flyttet	Prosentandel C av A	Prosentandel C av B
<b>Helseregion Midt- og Nord-Norge</b>					
MARiT	184	220	35	19	16
<b>Helseregion Vest</b>					
Hordaland og Sogn og Fj	256	294	32	13	11
Rogaland	186	218	32	17	15
Sum region	442	512	64	14	13
<b>Helseregion Sør</b>					
VestAgder	151	186	31	21	17
AustAgder	70	84	14	20	17
Telemark	127	147	20	16	14
Vestfold	71	80	9	13	11
Buskerud	76	101	25	33	25
Sum region	495	598	99	20	17
<b>Helseregion Øst</b>					
Oslo 1	699	800	95	14	12
Oslo 2	657	690	62	9	9
Asker og Bær	133	146	10	7	7
Follo	36	36	0	0	0
Nedre Romer	67	75	7	10	9
Øvre Romer	31	34	3	10	9
Østfold	138	155	6	4	4
Oppland	98	100	4	4	4
Hedmark	111	120	9	8	8
Sum region*	1331	1466	134	10	9
<b>Hele landet</b>					
Norge*	2452	2815	339	14	12

viser hvor mange som har vært i behandling når man legger til de som er utskrevne. Kolonne C viser hvor mange som er utskrevet uten å være flyttet og de to siste viser andelen av disse i forhold til de to første antallene, prosentandel utskrevne fra behandling i forhold til antallet ved årsskiftet og det samlede antall i behandling.

Tabellen viser at det er store variasjoner. Om vi holder oss til beregningen av andel behandlingsavslutninger i forhold til alle i behandling, ser vi at landsgjennomsnittet er 12 %. Organisert etter fallende prosenter ser vi at Buskerud, Vest- og Aust-Agder, MARiT-senteret, Rogaland og Telemark ligger over gjennomsnittet. De fem første sentrene betydelig over, mens Telemarkstallene er nær snittet. Oslo 1 har et landsnitt av utskrivninger men om vi ser på de mer typiske Oslo-tallene i Oslo 2, ligger andelen utskrivninger klart under. De sentrene som har lavere tall, igjen organisert etter fallende andeler, er Hordaland, Vestfold, Oslo 2, Øvre og Nedre Romerike, Hedemark, Asker og Bærum, Østfold og Oppland og Follo. Særlig de tre siste har svært lave tall.

Denne variasjonen sier ikke i seg selv hva som er riktig eller god behandling. Det kan både være slik at noen skrives ut selv om dette kan kritiseres etter en totalvurdering og slik at

pasienter beholdes i behandling selv om dette gir liten effekt eller negativ effekt i forhold til ringvirkningene i pasientmiljøet. Tallene svarer imidlertid til inntrykket fra tidligere vurderinger og synes å peke mot systematiske forskjeller i behandlingsopplegget. Dette bør evalueres. Forskjellene har også betydning for vurdering av behandlingsresultatene i de ulike områdene i det en resultatvurdering etter andel med liten eller ingen rusmiddelbruk, kan være influert av høy utskrivelsesprosent.

## 5 FORSTÅELSE AV UTSKRIVNINGSKRITERIENE

Dette er undersøkt ved åpne spørsmål om hva det enkelte senter legger vekt på i vurderingen, hvilken dokumentasjon som kreves og hvorledes forholdsmessighetsbegrepet vurderes. Det er også bedt om eksempler på bruk av kriteriene i tilfeller som både er vurdert til utskrivning og til fortsatt behandling.

### "Absolutte" kriterier

Tabell 1 viser at nokså få ble utskrevet etter disse kriteriene. I hele landet var det 17. Dette er 5 % av utskrivningene og 0,6 % av de som var i behandling. Region Midt og Nord hadde 3 som er 1,4 % av alle i behandling, Region Vest hadde 3 som er 0,6 %, Region Sør hadde 6 som er 1 % og Region Øst hadde 5 som er 0,2 %. Sentrene i nord og i Sør har altså noe hyppigere utskrivninger enn de i vest og øst. Tallene er imidlertid for små til at dette kan tilskrives sikker betydning. Det er ingen sikker sammenheng om en ser på enkeltsentre. LAR i Buskerud og Rogaland som hadde høy andel utskrivninger i 2003, brukte ikke absolutte kriterier i dette året. Det kan likevel bemerkes at senteret i Oslo som er det største og arbeider i et særlig belastet område, ikke brukte disse kriteriene en eneste gang.

Svarene er ordnet i rekkefølge fra senter med høy til lav samlet utskrivning.

#### Buskerud LAR-team:

*Vedr. salg: Vi må være sikre på at det ikke bare er rykter, det må være opplysninger fra flere uavhengige hold. Normalt sett konfronterer vi vedkommende med ryktene i ansvarsgruppemøtet, slik at de har mulighet til å stoppe ev. feil adferd.*

*Vedr. vold: Vold mot samarbeidsinstanser tolereres ikke, men vedkommende får selvfølgelig lov til å fortelle sin versjon. Munnbruk, kasting av ufarlige gjenstander m.v blir ikke regnet som vold, men vil bli tatt opp som et samarbeidsproblem.*

*Vold mot andre vil ikke i seg selv få konsekvenser i form av utskrivning, men vil bli tatt opp som et problem i forhold til rehabiliteringen.*

*Ad trusler: Blir likestilt med vold og vanligvis ikke akseptert, men det blir alltid brukt et visst skjønn i vurderingen av reaksjon.*

#### Utskrevet:

*- Salg av metadon til ungdommer, med sykehusinnleggelse som resultat. Politisak. Førte til rask utskrivning.*

#### Ikke utskrevet:

*- Vedvarende rykter om salg. Tatt opp i ansvarsgruppa flere ganger og diskutert grundig. Forholdet ikke innrømmet, og det var ikke mulig å få bekreftet dette fra politiet. Etter hvert sluttet ryktene. Vedkommende fikk fortsette.*

#### Vest-Agder:



*Vi vektlegger dokumentasjon og evt politianmeldelser på salg og vold som da fører ut utskrivning. Trusler på liv og helse og mer skjulte trusler, har høy terskel for utskrivning. Vi synes kriteriene er vanskelige å bruke, fordi det ligger mye på skjønn – spesielt i tolkningen av uforholdsmessig reaksjon. Forholdsmessighet vil hos oss sees i forhold til habilitering/rehabilitering – og konsekvenser for denne.*

Utskrevet:

*- Pasient som ruser seg og slo ned legen på legekontor i ruset tilstand. Dette blir politianmeldt og pasienten ble skrevet ut – med nedtrapping.*

Ikke utskrevet:

*- Kvinnelig pasient ble utsatt for vold fra mannlig medpasient, politianmeldt, men senere trukket tilbake. Den mannlige pasienten ble ikke utskrevet. Grunnen er her blant annet at vårt regionale inntaksutvalg i Helse sør har tolket reglene slik at kun vold mot personalet er utskrivningsgrunn. Vi har ikke vært enig i dette.*

Aust-Agder:

*Vi har liten erfaring med bruk av absolutte kriterier. Ved utskrivelser pga av salg samarbeider vi med politiet. Pasienten underskriver på fritak fra taushetsplikt. Vi må ha dokumentasjon fra offentlig instans før utskrivning vurderes.*

Utskrevet:

*- En pasient ble utskrevet etter å ha kastet en stol etter personalet ved institusjonen. Han kom også med sterke verbale trusler, derunder også drapstrusler.*

Ikke utskrevet:

*- En pasient som kom med verbale trusler og periodevis var fysisk utagerende mot personalet ble ikke utskrevet fordi han hadde alvorlig psykiatrisk sykdom. Metadonbruken stabiliserte rusituasjonen i vesentlig grad og pasienten klarte bedre å nyttiggjøre seg det psykiatriske hjelpetilbudet. Utskrivning ble samlet bedømt som uforholdsmessig.*

MARiT:

*Trusler/vold: Dersom en pasient er truende/voldelig mot deltakere i ansvarsgruppa eller andre samarbeidende hjelperpersonell, innhentes skriftlige redegjørelser både fra pasient og fornærmede. Innholdet vurderes konkret ift situasjon, hendelsesforløp (før-under-etter) etc. – og ut fra rehabiliteringen samlet. Ved klare trusler/voldsepisoder skrives pasienten ut fra LAR.*

*Berettiget mistanke om salg av legemiddel og/eller stoff: Dersom det kommer informasjon til ansvarsgruppa/MARiT skal denne informasjonen dokumenteres. Ut fra nærmere vurdering innkalles pasienten til en samtale om tema og tiltak drøftes. Dersom det kommer nye uavhengige informasjoner som vurderes pålitelige, tas dette opp på nytt med pasienten. Dersom MARiT ut fra en samlet vurdering har berettiget mistanke om omsetting/salg, skrives pasienten ut fra LAR.*

Utskrevet:

*- En pasient som hadde vært truende (verbalt utagerende) og voldelig (dyttet) overfor sosialleder i hjemkommunen ble ikke skrevet ut fordi prosessen omkring hendelsen og den etterfølgende avklaring med sosiallederen og lokale hjelpere i kommunen ga et rimelig godt grunnlag for et videre tilbud.*

Ikke utskrevet:

- En pasient som hadde vært konkret spesifikt truende mot ansatte ved MARiT ble skrevet ut fordi hendelsene i forkant og vurderingen av samarbeidet med ansvarsgruppa totalt ikke ble vurdert å grunnlag for et videre tilbud.

#### LAR Rogaland:

Når det gjelder vold og trusler vurderes alvorligheten og situasjonen til utøver. Omsetting av rusmidler fører som regel til umiddelbar utskrivning.

Ikke utskrevet:

- Eksempel på pasient som ikke ble skrevet ut var en mann med alvorlig psykisk sykdom som truet behandlingsapparatet rundt seg. Utskrivning ville ha forverret hans situasjon betydelig.

#### Fra avdelinger med moderat andel utskrivninger, kan nevnes svarene fra LAR Telemark:

Salg/omsetningskriteriet vanskelig å håndtere, begrepene "begrunnet mistanke" og "uforholdsmessig reaksjon" er svært skjønnsmessige. Hovedlinjen når det gjelder mistanke-kriteriet har vel etter hvert blitt at vi bør ha opplysninger som understøtter slik mistanke over noe tid og fra flere pålitelige kilder. Forholdsmessighetsbegrepet trekker også i retning av å anvende stor forsiktighet i tolkning av opplysninger/rask reaksjon, slik vi ser det.

Vold/trussel-kriteriet forstår vi først og fremst som vold/trusler rettet mot de som deltar i behandlingssystemet rundt pasienten.

Utskrevet:

- En pasient utskrevet grunnet salg (heroinomsetning av et profesjonelt omfang) i 2003.

Ryker om dette versert i lang tid, pas. Konfrontert med dette ved flere anledninger.

Opplysninger både fra hjelpeapparatet og fra andre misbrukere etter hvert så overbevisende at det ble laget utskrivningssak. Pasienten trappet ned over 10 uker (metadon).

- En pasient utskrevet grunnet vold i 2003. Pasienten stakk først seg selv med en sprøytespiss, deretter en apotekansatt som overvåket Subutexinntak, uten noen forutgående foranledning. I forkant betydelige problemer med underfundige trusler etc. i inntakssituasjonen gjennom noe tid. Apoteket har politianmeldt saken på oppfordring fra MAR, utfall ikke kjent p.t.

Ikke utskrevet:

- 55 år gammel mann, fått foreskrevet benzodiazepiner av fastlege, store mengder. Ryker om omsetning i forkant har versert i noe tid, men pasienten har benektet dette. Mistanken vurdert som styrket etter rapport om videresalg fra apotek til MAR og fylkeslegen. Etter møtevirksomhet med pasienten, fastlege, fylkeslegen og MAR er forskrivningen av benzo avvirket, pasienten har vært innlagt til avrusning og er nå på langtidsopphold ved institusjon. Det er derfor ikke reist utskrivningssak.

#### Metadonklinikken i Bergen har ansvaret for Hordaland og Sogn og Fjordane:

Vi ønsker dokumentasjon fra pålitelig hold; politi, samarbeidsinstitusjoner og vektlegger alvorlighet/omfang og konsekvenser for rehabiliteringsprosessen. Når det gjelder vold, omfatter dette verbalt truende adferd mot samarbeidspartnere som skaper frykt og fysisk vold mot person og inventar. Vi legger både vekt på salg av metadon/Subutex og av illegale rusmidler. Forholdsmessigheten vurderes ved å se på rehabiliteringsprosessen og omfanget av det begåtte. LAR er en alvorlig tiltrengt behandling, og det skal mye til for å bli utskrevet. Vi må se på medisinsk forsvarlighet.

**Utskrevet:**

- En mann på xx år ble utskrevet etter ½ år med pågående rusing men med noe bedring ved mindre benzodiazepinbruk mens cannabisbruk fortsatte. Han ble arrestert og dømt for salg, oppbevaring av store mengder narkotika og fikk en lang dom.

**Ikke utskrevet:**

- En mann på xx år hadde vært 4 år i LAR, stort sett i jobb hele tiden, god rusmestring, daglig omsorg for flere barn. Han ble arrestert for besittelse/salg/forsøk på salg av heroin og la kortene på bordet og slapp ut fra arresten. Saken kommer opp seinere. Her ble det vurdert slik at utskrivning ville være et uforholdsmessig inngrep i hans liv.

**Oslo:**

Ingen kriterier oppfattes som absolutte. Det gjøres alltid en helhetsvurdering, jfr "med mindre reaksjonen fremstår som uforholdsmessig. Kriteriene er aktuelle dersom det er vold som vanskeliggjør samarbeid og samtidig dårlig behandlingseffekt og når salg er en del av atferd som er tegn på manglende samarbeid og behandlingseffekt.

**Utskrevet:**

- Kvinne med ustabil rusmestring over tid på tross av tidligere advarsel ble utskrevet etter at hun ble sett av personalet her mens hun solgte piller på huset.  
- En mann ble utskrevet etter at han slo ned personal her på huset.

**Ikke utskrevet:**

- En mann som var rusfri med god behandlingsprogresjon i 2 år, ble anklaget for heroinsalg ute på byen. Ansvarsgruppen ønsket utskrivning men dette ble avslått ut fra helhetsvurdering.  
- En pasient ble ønsket utskrevet fra sosialsenteret på grunn av familievold. Dette ble avslått som irrelevant for LAR.

**LAR Vestfold:**

Vdr salg må det være mer enn rykter. Vi formidler eventuelle rykter til vedkommende bruker slik han/hun kan endre atferd hvi ryktene stemmer. Vdr vold så aksepteres dette ikke mot samarbeidspartnere eller LAR. Trusler vurderes i hvert enkelt tilfelle i forhold til alvorlighetsgrad. Er det vold mot andre, jobbes dette med videre i ansvarsgruppen.

**Utskrevet:**

- En bruker truet helt klart ansatt i kommunen. Han var tidligere fengslet for vold mot sin "eks", men ble da ikke utskrevet. Hadde også "småtruet" LAR ansatt via SMS. Ansatt i kommunen ble skremt av truslene. Pasienten ble utskrevet.  
- En bruker truet ansatte på legevakten med sprøyter og diverse trusler. Den ansatte ble skremt og pasienten utskrevet etter diverse møter.

**Ikke utskrevet:**

- En bruker truet en ansatt i LAR muntlig pr telefon. Etter gjennomgang ble det konkludert med at trusselen ble provosert frem. Ansatte mente dette selv og følte ikke trusselen som reell. Pasienten bli ikke utskrevet.

**LAR i Hedmark:**

Vi har hatt 0-toleranse ved vold/trusler om vold. Til sammen 3 utskrivninger hvorav 1 trussel mot kommunal medarbeider i LAR og 2 hvor vold var anmeldt og dokumentert. Alle sakene var marginale i forhold til manglende behandlingseffekt. Vi har også hatt diskusjoner om

*utskrivninger basert på mistanke om omsetting men har ikke hatt god nok dokumentasjon. Usikker forholdsmessighet har nok vært en underliggende forklaring.*

Ikke utskrevet:

*- I ett tilfelle fikk en pasient med uttalt vold/aggresjonsproblem tilbud om mer intensiv behandling som alternativ til utskrivning og valgte dette.*

#### LAR Øvre Romerike:

*Vi har ikke mange utskrivninger, men tenker vel at i den grad det skulle være etter absolutte kriterier, må man jo først ha en formening om hva det dreier seg om. Siste gang noen var utagerende fremstod dette som et sammensatt bilde, ingen personer var reelt truet og det endte bl, annet med en innleggelse i psykiatrisk avdeling. Ellers har vi nå en søker med periodisk truende fasade, som vi bruker tid på å bli litt kjent med og forklare hvordan ting må være for at vi skal kunne samarbeide.*

#### LAR i Østfold:

*Når utskrivning på grunn av vold eller trusler er aktuell, må ansvarsgruppen kunne dokumentere dette. Utskrivningsvedtaket oversender dette til sentral vurderingsgruppe i MAR-Øst som fatter endelig vedtak.*

Utskrevet:

*- Et typisk utskrivningsvedtak begrunnes med signaleffekt vdr voldsadferd i klientgruppen og vansker i forhold til samarbeidspartnere som lege, apotek osv.*

Ikke utskrevet:

*- En utskrivning blir typisk sett ikke fremmet/vurdert fordi kommunen ikke har noe alternaitv tiltak å etablere.*

#### Follo:

*Vi har bare hatt 2 tilfeller av vold/trusler om vold rettet mot deltakere i ansvarsgruppen, begge før 2003. Det ble ikke gjort noen vurdering av forholdsmessighet før utskrivning.*

Ser en disse beskrivelsene samlet, er fellespreget tydelig. Alvorlig vold og salg, særlig av metadon/Subutex tolereres ikke og blir alltid vurdert i forhold til utskrivning, og gjennomgående tolkes kriteriene nokså likt. Noen trekk er tydelige. For det første er det vanligvis pasienter som profiterer lite på behandlingen, som vurderes utskrevet etter absolutte kriterier. Det er få tilfeller hvor ikke de "absolutte" kriteriene sees sammen med de "relative". Man kan derfor reise spørsmål om kriteriene ikke kan slås sammen. Det går også igjen at vurderingene er vanskelige, og mange vil ha konkret dokumentasjon før en utskrivning. Dette er mest problematisk når problemet er opplysninger om salg.

De fleste beskriver grundig saksbehandling med vurdering av det enkelte tilfelle, både i forhold opplysningenes sikkerhet og i forhold til om reaksjonene kan ha bakgrunn i uheldig samspill med behandlere. Det vurderes også om man har noen alternative tilbud/tiltak. Alvorlig vold mot ansvarlige behandlere i LAR eller sentrale samarbeidspartnere vil føre til utskrivning i alle sentre, men det er likevel ulikt hva som oppfattes som alvorlig og i hvilken grad forholdsmessigheten vurderes.

Når det gjelder salg, er usikkerheten større. I anbefalingene vurderes det slik at LAR-sentrene til syvende og sist må kunne vurdere utskrivning uten sikre bevis. Spørsmålet er faglig. Det er imidlertid bare MARiT som klart formulerer dette i sin beskrivelse.

Det er et påfallende trekk at det største senteret som arbeider i det mest belastete området, Oslo, ikke hadde noen utskrivninger etter absolutte kriterier i 2003.

### "Relative" kriterier

Tabell 1 viser at disse kriteriene dominerer som begrunnelse for utskrivning med 195 av 363 (53,7 %). 6,9 % av alle behandlingstilfellene ble etter dette avsluttet på grunn av utilfredsstillende effekt. Det var betydelig forskjell mellom regionene. I Region Vest var det 50 som er 71 % av utskrivningene og 9,8 % av behandlingene. Det var 62 slike utskrivninger i Region Sør; 60,2 % av utskrivningene og 10,4 % av behandlingene. I Region Midt- og Nord-Norge var det 20; 56 % av utskrivningene og 9,1 % av behandlingene. I Region Øst var det 63 som er 40,9 % av utskrivningene og 4,3 % av behandlingene. Det er imidlertid et klart mønster at en svært høy andel utskrivninger karakteriseres som selvvalgte i Vest-Agder. Det er svært sannsynlig at flere av disse ville karakteriseres etter relative kriterier i andre sentre. Andelen i Sør er derfor antakelig enda høyere. Dette gjelder enda mer i Region Øst hvor det dominerende senter, hadde betydelig flere utskrevet som selvvalgte enn som utskrevet på grunn av manglende effekt. Dette har sammenheng med inntakspoliklinikken som var i bruk. Også her var derfor utskrivelse på grunn av manglende effekt vanligere enn det som kommer frem i tabellen. Andelen er likevel klart lavere enn i de andre regionene.

Dette betyr selvsagt ikke at behandlingen her hadde bedre effekt. Det betyr at sentrene hadde høyere toleranse for svakheter i behandlingsutviklingen enn de andre regionene. Spørsmålet er derfor om dette er bevisste politikk slik dette avspeiles i forståelse av kriteriene. Svarene nedenfor er ordnet systematisk slik at de som har høyest utskrivelsesfrekvens kommer først mens de som har lav kommer sist.

#### Buskerud LAR:

*Vi legger hovedvekten på at vedkommende er interessert i sin egen rehabilitering, og at det gjennom holdning og adferd er tydelig at han/hun jobber med det. Feiltrinn brukes som læring, hvorfor skjedde det, når skjedde det, og hvordan kan vi unngå gjentakelser. Hva kan klienten gjøre, hva kan vi andre gjøre. Så lenge vi er i en slik positiv prosess er utskrivning ikke tema. Korte "sprekk" med stadig lengre mellomrom kan bety at personen er i en positiv prosess. Dersom vedkommende selv signaliserer klart at han må ha for eksempel BZD, alkohol eller cannabis for å klare livet, eller mener det må være lov å bruke, vil vi gå inn i nøye drøftinger om MAR er det rette. Det samme vil gjelde manglende oppfølging fra klientens side. Bruk av opiater til tross for høy/riktig dosering vil føre til raskere utskrivning enn for eksempel tilfeller av cannabisbruk.*

*Det vil bli gitt tilbud om andre tiltak, advarsler og tidsfrister for å rette kursen. Fortsetter misbruket blir det laget sak om utskrivning.*

#### Utskrevet:

- Mann 45 med lang misbrukskarriere. I MAR for annen gang. Utskrevet første gang grunnet misbruk, særlig cannabis. Bruker igjen cannabis regelmessig. Familien er redd for at han skal miste MAR. Han har fått skriftlige advarsler. Som svar på dette skriver han brev hvor det klart går fram at han vil fortsette å røyke cannabis. Det er liten rehabilitering å spore også på andre områder. Her har en voksen person tatt et valg, han blir skrevet ut.*
- Mann, 40 år. I MAR for annen gang. Angst. Forrige gang skrevet ut for i hovedsak daglig bruk av BZD, samt liten rehabiliteringseffekt. Denne gang oppstart og lengre opphold i*

*institusjon for avvenning av BZD. Avbryter oppholdet, avbryter andre forsøk på nedtrapping poliklinisk. Følger ikke opp andre tiltak rettet mot angstproblemet. Bruker til tider også andre rusmidler. Ingen rehabiliteringseffekt. Satser hele tiden på at det skal bli mer liberalt i forhold til BZD. Skrives til slutt ut.*

*Ikke utskrevet:*

*- Mann 40 i fast arbeid. Familie. Har sprukket på hasj og fått BZD av lege ved et par kriser. Er flink arbeidskar, men har et svært liberalt syn på cannabis. Vi har hele veien hatt nøye drøftinger rundt dette, og opprettholder kravet om rusfrihet. Samtidig har vi fokusert på det som frambringer krisene. Han bedyrer at han har sluttet med cannabis, men har avlevert pos. prøver i nærmere et halvt år. Han vil nå få advarsel, og må velge om han vil fortsette eller ei. Det er hans ansvar. Han står nå foran utskrivning uten endring.*

*- Mann, 49 år. Cannabisbruker over lang tid, men tar også andre rusmidler. Angst. Klarer ikke å slutte med cannabis, men aksepterer reglene, og er villig til å legge seg inn til behandling for dette. Dessverre lang ventetid på behandling, noe han ikke kan noe for. Avlegger positive prøver på BZD og cannabis i ventetid. Skrives ikke ut da han er villig til å gjøre noe for å endre situasjonen.*

#### LAR Vest-Agder:

*Vi skriver aldri ut pasienter på enkeltkriterier, men på en samlet vurdering. Oftest er dette rusing og samarbeidsvegning og noen ganger tillegg av fusk med urinprøver. (forholdsmessighet står ikke omtalt i skrivet fra Dep – 1-35/2000 – kun for absolutte kriterier)*

*Utskrevet:*

*- Pasienter har fått gjentatte muntlige og skriftlige advarsler, men fortsetter med massiv rusing og følger ikke opp avtaler.*

*Ikke utskrevet:*

*- Pasient med alvorlig behandlingstrengende psykiske (eks psykose) eller fysiske (HIV/AIDS) lidelser, men fortsetter å ruse seg. Vi vurderer at det er bedre kontroll med at pasienten får fortsetter med daglig Metadon gitt av hjemmesykepleien, enn utskrivning.*

#### LAR Aust-Agder:

*Vi beholder generelt pasienter lenge i tiltaket. Mye skal være forsøkt slik som tettere oppfølging, nedtrapping med bzd, ny innleggelse med avgiftning og stabilisering. Utskrivning vurderes dersom disse tiltakene ikke fører til en bedret livssituasjon eller rusmestring og/eller pasienten ikke vil prøve tilbudene. Det gjøres en forholdsmessighetsvurdering bygget på nåværende kontra opprinnelig situasjon.*

*Utskrevet:*

*- Pasient som uteblir fra en rekke urinprøver som er avtalt 2 x i uka. De som avlegges er vedvarende positive på Rohypnol, amfetamin og cannabis i mer enn 6 mnd. Tilbud om samtaler m/ kvalifisert terapeut, innleggelse for avgiftning uten effekt. Bruker også rusmidler under innleggelse eller takker nei. Samtidig aktiv i rusmiljøet på hjemstedet.*

*Ikke utskrevet:*

*- Pasient som ofte uteblir fra urinprøver og er positiv i forhold til Sobril og cannabis i de som avlegges. Men tross vedvarende rusmiddelbruk møter vedkommende til økende antall urinprøver og følger opp avtaler med rusterapeut og LAR-team. Han kutter ut Rohypnolbruk og reduserer cannabisbruken. Det er en svært sakte men dog positiv utvikling.*

### MARiT

*Relative brudd må i ses i sammenheng med hvordan det totale rehabiliteringstilbudet er lagt opp. MARiTs modell baserer seg på at pasienten ønsker å utforske rusfrihet (alle rusmidler) innenfor et forpliktende samarbeid med primærkontakt fra sosialtjenesten, fastlege, LAR-primærkontakt og andre definerte personer/instanser. Modellen forutsetter ut fra tiltaksplanen og senere oppfølgings- og behandlingsplaner (individuell plan) som lages hver 3. mnd at pasienten forplikter seg til regelmessig oppfølging/samtaler med ulike hjelpere ut fra sine individuelle målsettinger (dagstruktur, helseplager, rusdynamikk/rusmestring, hjemmesituasjonen, etc).*

*Et hovedpoeng for MARiT er at relative brudd skal fanges opp raskt slik at man sammen med pasienten kan forstå bruddene og dermed kunne forebygge disse. Dette gjelder ift til ikke å møte på urinprøvetaking, ikke møte til avtaler, etc. Når det gjelder rusmiddelbruk er det laget noe mer spesifikke prosedyrer – hvor hovedpoenget er at rusepisoder skal medføre en plan for minst 3. rusfrie måneder. Mange vil som del av dette kunne ha behov tettere oppfølging/skjerming, etc.*

*Relative brudd skal tas opp med pasienten, man skal legge en plan for å forebygge disse, ved nye brudd drøftes forholdene i ansvarsgruppa, man lager gjerne mer spesifikke/særskilte planer. Ved nye brudd kommer man til et punkt (særlig ved rus) hvor det lages en absolutt plan for en klart definert tidsperiode. Dersom denne brytes skrives pasienten ut fra LAR.*

#### **Eksempel:**

*Det er vanskelig å gi gode eksempler da det vanligvis ikke er snakk om enten å skrive ut eller ikke, men i større grad en vurdering omkring hvor i prosessen den enkelte pasient, ansvarsgruppe er nå og de neste 1-2-3 mnd.*

#### LAR Rogaland:

*Gjentatt rusing over lang tid til tross for advarslar og tidsfrister sammen med fusking med urinprøver – særlig tidlig i behandlingen – fører til utskrivning. Det legges også vekt på manglende henting av medikament hos pasienter som ruser seg mye.*

#### **Utskrevet:**

*- Mann på 27 år som fusket med urinprøver 3 dager i behandlingen. Utskrevet i samarbeid med kommunen.*

#### **Ikke utskrevet:**

*Kvinne på 42 med eneomsorg for sønn ble tatt for å selge amfetamin. Pga av omsorgssituasjonen og lang tid til etterforskning, ble hun stående i tiltaket.*

#### LAR Hordaland (Metadonklinikken):

*Vi vektlegger rusmestring, samarbeid, og oppfølging av rehabiliteringstiltak. Endring i sosial situasjon/tap av bolig. Forholdsmessigheten går på om det er tiltak som bør iverksettes/ har listen blitt lagt for høyt. Har pasienten inntak begrunnet i somatisk sykdom, strekker vi oss relativt langt da utskrivning kan gi store medisinske komplikasjoner.*

#### **Utskrevet:**

*Mann på 32 år med dårlig rusmestring som ikke viser noen bedring/ændring på tross av diverse behandlingforsøk i institusjon; både avrusingsinntak og lengre behandlingsopphold.*

*Det var manglende samarbeid/oppfølging av tiltaksplanen. Han fremviste problemadferd på legekontor ved utdeling av medikament.*

Ikke utskrevet:

*Mann på 34 år som først viste god rusmestring i 2-3 mnd og evne til å ta seg inn ved tilbakefall til rus. Han fikk så en tiltakende bruk av bzd og amfetamin, klarte ikke følge skolegang og ble verbalt utagerende slik at han ble utestengt fra sosialsenteret i 3 mnd. I denne tiden samhandlet han via lensmannen. Han fikk fortsette i LAR ut fra konkret plan om institusjonsopphold selv om dette lå noe fram i tid og avtale om etter dette ny start på skolegang med redusert timeplan og andre støttetiltak.*

#### LAR Telemark

*Begrepet "utilstrekkelig behandlingseffekt" oppfattes som det sentrale parameter i forhold til de angitte kriterier i rundskrivet, og dette er jo selvsagt også svært skjønnsmessig. Normalt vil det ikke reises utskrivningssak før pasienten har fått eller eventuelt avslått et tilbud om avrusning for sidemisbruk. Dersom misbruket er medisinsk "farlig", dvs. store/hyppige inntak av opiater og benzodiazepiner, evt. alkohol, kan det likevel bli anbefalt å trappe ned, evt. avvikle forskrivningen.*

*Terskel for vurdering av "utilstrekkeligheten" vil naturlig nok variere. I hovedsak kan vel denne terskel sies å være høyere for pasienter med betydelig innslag av tilleggsproblematikk, f.eks alvorlige psykiatriske/somatiske lidelser, og i noen grad også i de tilfelle der sidemisbruket er mindre dramatisk, men likevel noenlunde konstant.*

Utskrevet:

*Kvinne 32 år. Startet behandling i fengsel. Problemer med misbruk av benzo/cannabis fra kort tid etter løslatelse. Betydelige bestrebelser på å få til avrusningsopplegg. Stor innsats også fra familienettverk og sosialtjeneste på å få til fornuftige hjelpetiltak, men pasienten ble oppfattet som egentlig samarbeidsvegrende når avtalte tiltak skulle iverksettes. Etter hvert også vegrende utover minimumsnivå. dvs. ingen urinprøver, tiltakende manglende oppmøte til medikamenthenting, ansvarsgruppemøter og andre avtaler. Hun ble skrevet ut og trappet ned ca. 6 mnd. etter oppstart.*

Ikke utskrevet:

*Mann 39 år, betydelig psykiatrisk problematikk og ADHD-utredet. Var i god sosial sit. med samboer etc ved behandlingsstart. Klarte seg godt i behandling i periode på ca 2 år, også deltaker i Ritalin-prosjekt i regi av Vest-Agder klinikkene. Langsomt og kamuflert utvikling av misbruksproblem, først amfetamin, senere også benzo/cannabis. Kollaps i sosial situasjon med sambo, mistet jobb/førerkort, etter dette tiltakende rusing. Forsøk på å få til avrusning/annen behandling ikke helt vellykket, men heller ikke helt mislykket, fortsatt noe samarbeidsevne/-vilje å bygge videre på. Utskrivning foreløpig ikke vurdert som aktuelt.*

#### LAR Oslo:

*Vi vektlegger*

- problemtyngde og omfang*
- progresjon i behandlingen*
- mulig effekt av utskrivning/ikke utskrivning*
- mulig betydning for prognose*
- hvilke tiltak som har vært prøvet*
- hvilke typer misbruk det dreier seg om*
- grad og type av samarbeidsvegring*

Utskrevet:



- Mann med omfattende misbruk siste år som også har juks med prøver og ofte uteblir. Forholdene er tatt opp flere ganger og det er gitt skriftlige advarsler. Pasienten skrives ut etter at han har vært borte fra henting i én uke.

Ikke utskrevet:

- Kvinne med omfattende misbruk og ustabilitet i henting av medikament. Situasjonen er ikke bedret tross ulike dokumenterte tiltak og advarsler. Ansvarsgruppen ønsker utskrivning men dette avslås fordi pasienten venter på institusjon.

#### LAR Vestfold:

Det legges vekt på motivasjon, på om bruker aktivt er med i rehabiliteringsprosessen, på samarbeid, adferd og rusmestring. Det taes også i stor grad hensyn til om vi mener bruker har fått den støtte vi anser som nødvendig, og/eller om bruker er alvorlig fysisk/psykisk syk. Det gjøres nok svært individuelle vurderinger.

Utskrevet:

- Mann på 46 år som begynte på skole og skulle ta fagbrev. Dette gikk bra i lengre tid men han begynte så med bzd og etter hvert med cannabis. Han beskrev angst. De han etter flere innleggelse, overgang fra metadon til Subutex, diverse andre tiltak hadde flere brudd på avtaler og stort sett positive prøver på bzd og cannabis, ble han utskrevet. Han har etter dette ikke greid å "snu" og få til positive endringer. Det er nå søkt om og planlagt reinntak.

Ikke utskrevet:

Mann på 58 år som har slitt med bzd og alkoholmisbruk (nå sjelden bzd). Han har vært innlagt utallige ganger. Kommunen stiller ikke med tiltak han har bedt om i 5 år! Livet er endret positivt, han er svært samarbeidsvillig og fortvilet over stadig rusing med alkohol. Han er svært ensom og vurderes nå til langtidsbehandling for alkoholproblemet. Vi har så langt ikke skrevet ham ut men er bestemt å at det nå må skje en positiv endring i alkoholmisbruken hvis han skal fortsette i LAR. Det er en mann vi har brukt masse ressurser på.

#### LAR Nedre Romerike

I de fleste tilfellene er det en kombinasjon av sidemisbruk (særlig bzd), manglende effekt og manglende samarbeid. Sidemisbruken har i de fleste tilfellene vært mer enn bare utslag på urinprøver

#### LAR Hedemark

Samarbeidsevne og vilje er helt sentralt. Vi går meget sjelden til advarsler hvis pasienten viser at det gjøres anstrengelser for å nå felles definerte mål. Kombinasjonen av mye rus og rusrelatert adferd med manglende engasjement for egen rehabilitering er vanskelig å akseptere. Forholdsmessighet vurderes i forhold til det spørsmålet at inklusjon bygger på en etisk refleksjon med mål om å redusere overdosedød og bedre livskvalitet mens det er vanskelig å se en etisk refleksjon til grunn for utskrivning.

Utskrevet:

- Ung pasient som aldri kom skikkelig i gang ble utskrevet etter kort tid med beskjed om å tenke seg nøye om og evt komme tilbake med forslag om hvilke tiltak som ville gjøre behandlingen egnet til å nå de målene han satte seg.

Ikke utskrevet:

- Pasient med alvorlig personlighetsforstyrrelse og et ukritisk rusmønster holdes i behandling som nødvendig for å yte viktig medisinsk hjelp og omsorg.

#### LAR Øvre Romerike

Måten man snakker med pas på, kanskje aller viktigst. "Konsekvenser" kan man jo forklare og begrunne på både "terapeutiske" og "anti-terapeutiske" måter og pas. meningsdannelse omkring våre intervensjoner får jo betydning for forløpet. "Våre" leger er de respektive fastleger, vi møtes i ansvarsmøter sammen med sosialetaten og det er også spennende prosesser omkring samarbeid. Generelt prøver vi vel å holde dette gående så lenge situasjonen er forvarlig og den enkelte har det bedre med enn uten LAR

#### Utskrevet:

- En pasient med langvarig og omfattende misbruk av bzd og amfetamin, ville ikke legge seg inn - hvorfor det ble utskrivningssak. Etter 4 overdosehendelser ble han re-opptatt etter 2 mndr. Det gikk initialt bra i henhold til individuell plan, men etter 4 mndr ble det surr igjen, han ville fremdeles ikke legges inn og det snakkes nå om at han vil trappes ned.  
- En pasient ble nedtrappet etter eget initiativ under soning, men han suiciderte tragisk natten før sin løslatelse.

#### LAR Østfold:

Utskrivning skal baseres på en individuell helhetsvurdering. Hjelpeapparatet må ha tilrettelagt de tiltak som er nødvendig før utskrivning etter relative kriterier kan iverksettes. Dersom veiledning, råd og alternativ behandling ikke har noen effekt, blir klintene permittert fra tiltaket. Dette også for å unngå den negative signaleffekten ut i rusmiljøet.

#### Utskrevet:

- Urene urinprøver, samarbeidsvegring osv danner grunnlaget for utskrivning.

#### Ikke utskrevet:

- En individuell vurdering kan føre til at pasienten beholdes i tiltaket basert på en skadereducerende målsetting. Pasienten bør senere tilbakeføres til "rehabiliteringstiltaket".

#### LAR Oppland:

Vi legger vekt på at

- polikliniske tiltak er forsøkt  
- at institusjonsbehandling er tilbudt og forsøkt  
- at dette er forsøkt flere ganger. Rusbruk skal føre til tettere oppfølging sammen med restriksjoner. Hvis dette ikke fører frem, gies en tidsfrist.  
Forholdsmessighet vurderes særlig i forhold til helsetilstanden.

Beskrivelsene fra sentrene har et tydelig fellespreg. De relative kriteriene sees alle steder i et helhetlig perspektiv hvor både tilstanden, utviklingen og det som er forsøkt av tiltak inngår. Det er også et fellespreg at enkeltepisoder med rusmiddelbruk ikke fører til utskrivning og at en alltid gjør forsøk på endring og styrking av behandlingen før utskrivning er aktuelt.

Lesningen gir likevel inntrykk av at det er en systematisk gradsforskjell til stede som nærmer seg eller er en reell metodeforskjell. De sentrene som har høyere utskrivningsfrekvens har en større tendens til å se de relative kriteriene i lys av overordnet målsetting om rehabilitering, her også i forhold til opphør med rusmiddelbruk. Dette er klart uttrykt i Buskerud og MARiT. Behandlingen er en "utforskning av rusfrihet fra alle rusmidler". Den som

signaliserer at han/hun ikke er villig til/klarere å slutte med cannabis, bzd eller alkohol, vil bli utskrevet etter kortere eller lenger tid. Det samme skjer om bruken fortsetter tross en "siste advarsel" med konkret tidsperiode for å oppnå rusfrihet. Behandlingen sees også som et forpliktende samarbeid, og dersom pasienten ikke er reelt med i rehabiliteringsarbeidet, er konklusjonen den samme – igjen etter omhyggelig utprøving og flere forsøk. Her går imidlertid kravene også til tiltaksapparatet.

I sentre med lavere utskrivningsfrekvens er disse målene til stede men mindre tydelig og prinsipielt uttalt. Det uttales ikke helt klart, men inntrykket er at så lenge pasienten prøver, og evt så lenge tilstanden er bedre enn den var før behandlingen begynte, vil pasienten ikke bli utskrevet. I enkelte sentre kommer også etiske motforestillinger mot utskrivning til syne.

### "Selvvalgte" utskrivninger

I utgangspunktet ønsket vi å undersøke hvor mange som selv besluttet nedtrapping og utskrivning fordi de ønsket en medikamentfri tilværelse. Dette er en kategori som kan kalles "ferdig behandlet".

Dette har ikke latt seg gjøre. Undersøkelsen viser imidlertid først og fremst at kategorien "selvvalgt" brukes ulikt. En pasient kan selv velge å slutte behandlingen av mange ulike grunner. Noen blir borte på grunn av økende rusmiddelproblemer, noen blir lei av kontrolltiltakene, noen avslutter selv fordi de vil foregripe å bli utskrevet av behandlingen, noen har fått kontakt med lege som forskriver med mindre oppfølgingskrav. Noen steder vil en eller flere av disse utskrivningene bli oppfattet som selvvalgt. Andre steder vil de bli kategorisert ut fra manglende behandlingseffekt. Kategorien bør her defineres som utskrivning på sammensatt, uklart grunnlag. I de fleste tilfellene overlapper dette med utskrivning forårsaket av utilstrekkelig behandlingseffekt.

Tabell 1 viser at det i landssnitt var 25 % som ble vurdert som selvvalgt, og delingen var 35,7 % i Helseregion Øst, 25 % i Region Midt- og Nord-Norge, 20,4 % i Region Sør og 8,6 % i Region Vest.

Forklaringer ligger i ulik registreringspraksis. Få av pasientene tok bevisst sikte på å registrere systematisk nedtrapping mot medikamentfrihet. Når noen av sentrene har kategorisert langt flere pasienter som selvvalgt utskrevet, er det neppe noen spesiell grunn til å tro at tilsvarende andel opplever seg som ferdig behandlet. Sentrene med høy andel er spesielt MARiT med 25 %, LAR Vest-Agder med 37 % og LAR-Oslo med 46 % av utskrivningene beskrevet som selvvalgte. Disse tre sentrene har til sammen 75,8 % av de som er karakterisert som selvvalgt utskrevet.

I Oslo har dette sammenheng med praksis i inntakspoliklinikken som var et midlertidig tiltak for å redusere ventelisten. Pasienten ble tatt i mot og startet opp med Subutex uten avvenning og ofte uten at det var laget noen klar avtale med sosialsenter og fastlege på forhånd. En relativt høy andel avbrøt inntaksprosessen, og dette ble stort sett karakterisert som selvvalgt. Inntakspoliklinikken hadde 29 utskrivninger vurdert som selvvalgt, hvilket var 88 % av utskrivningene. Trekkes disse fra (se Oslo2), er andelen 26 % og andelen for hele regionen 20,5 %.

Konklusjonen er at registreringen bør endres i fremtiden. Det viktigste er ikke å avgjøre om utskrivningen er mer eller mindre selvvalgt men om pasienten føler seg ferdig behandlet og ønsker nedtrapping mot frihet fra opioider.

## 6 PRAKSIS NÅR PASIENTEN BRUKER ULIKE RUSMIDLER

Legemiddelassistert rehabilitering tar sikte på at pasienten skal oppnå en tilværelse uten avhengighet og bruk av rusmidler. Dette er derfor en sentral målsetting for alle LAR-tiltak. Reduksjon i bruk når det gjelder type og/eller mengde kan likevel sees som en bedring, og kapitlet om utskrivning på grunnlag av relative kriterier viser at LAR-tiltakene har ulik praksis. Det er også ulike holdninger til hvor sentralt bruken av rusmidler skal stå i forhold til annen type endring, og enkelte sentre beskriver utskrivning som et etisk dilemma.

Sentrene er spurt om hvorledes de forholder seg dersom en pasient som har en akseptabel utvikling likevel fortsetter med et visst rusmiddelbruk tross de tiltak sentrene kan stille opp med. Det er gitt 5 svaralternativer; Utskrivning, utskrivning etter tidsfrist, restriksjoner i forhold til utleveringsordninger og kontrolltiltak, toleranse dersom en ikke kan se at bruken skaper vansker for funksjonen og full toleranse uten tiltak og spesielle vurderinger. Svarmønsteret viser at de to mest ekstreme valgene praktisk talt ikke er brukt. Det gis derfor en oversikt i forhold til tredelt skala som vist i tabell 3. Noen tiltak beskriver at de møter situasjonen med ulike typer restriksjoner og tiltak, men dersom dette ikke hjelper, vil pasienten bli utskrevet. Dette er plassert som kategori "utskrives".

TABELL 3. OVERSIKT OVER TYPISK PRAKSIS VED VEDVARENDE BRUK AV ULIKE RUSMIDLER

	Utskrives	Restriksjoner	Tolereres hvis..
Cannabis	7	4	4
Alkohol	5	7	3
Sentralstimulerende	9	6	
Opiatholdige medikamenter	8	6	
Heroin og illegale opioider	11	4	
Benzodiazepin	10	5	

Vi ser at det er nokså ulike vurderinger. Dersom en pasient har en akseptabel sosial tilpasning men bruker cannabis, vil 6 tiltak til syvende og sist skrive vedkommende ut fra behandlingen mens 4 tiltak vil tolerere bruken så lenge behandleren ikke mener den påvirker behandlingen. Noen vil gå til restriksjoner i henteordninger eller kontrolltiltak. Tilsvarende sprik er det dersom pasienten drikker så mye alkohol at det merkes i prøver eller kontakt. Det er også å betydelige ulikheter i praksis ved vedvarende bruk av andre midler, minst i forhold til heroin og benzodiazepiner. Det er likevel en tydelig forskjell slik at rundt en tredel vil beholde pasienten med ulike restriksjoner slik som daglig henting mens to tredeler vil skrive pasienten ut eller permittere vedkommende fra behandlingen.

Det er undersøkt om vi kan se noe mønster i svarene. Er det slik at svarene avspeiler en mer gjennomgående holdning? I tabell 4 vises svarene for hvert senter med angitt koding for holdning til vedvarende bruk tross tiltak når det gjelder hvert enkelt rusmiddel. Det er gjort en rangering i forhold til gjennomsnittsskåre slik at de som har mest konsekvent restriktiv holdning kommer først mens de som angir mest liberal holdning kommer sist.

TABELL 4 HOLDNINGER TIL VEDVARENDE BRUK AV ULIKE STOFFER.

(2=utskrives, 3=restriksjoner, 4=tolereres)

	Canna- bis	Alko- hol	Sentralst.. midler	Opioid medik.	Heroin	Benzo- diazep	Holdning skadere	Range- ring
MARiT	2	2	2	2	2	2	Negativ*	2,0
Vestfold	2	2	2	2	2	2	Negativ	2,0
Buskerud	2	2	2	2	2	2	Negativ	2,0
Rogaland	2	3	2	2	2	2	Nøytral	2,2
Vest-Agd	2	2	2	3	3	1	Negativ	2,2
Follo	2	3	2	2	2	2	Negativ	2,2
Oppland	2	2	2	3	2	2	Negativ	2,2
Hedemark	3	3	2	2	2	2	Positiv	2,3
Aust-Agd	3	3	3	2	2	2	Negativ	2,5
Telemark	4	4	2	2	2	2	Positiv	2,7
Østfold	3	3	3	2	2	3	Nøytral	2,7
Øvre Romerike	3	3	3	3	3	3	Positiv	3,0
Oslo	4	3	3	3	3	3	Positiv	3,2
Nedre Romerike	4	4	3	3	2	3	Positiv	3,2
Hordaland	4	4	3	3	3	3	Positiv	3,3

\* Plasseringen her er ikke helt entydig. Det understrekes at man i og for seg er nøytral under forutsetning av at tilbudet skilles tydelig ut og tilknyttes annen instans.

For å unngå misforståelser bør det gjentas og understrekes at ingen tiltak skriver ut en pasient på grunnlag av enkeltstående bruksepisoder. Det er dessuten slik at tiltak som skriver ut, gjør dette etter langvarig og omfattende arbeid med problemet:

*MARiT skiller ikke prinsipielt mellom ulike rusmidler. Som nevnt over følges rusbruk (enten pasienten forteller det selv eller dette framkommer på urinprøver) opp gjennom prosedyrer hvor episoden "analyseres" med sikte på en lengre rusfri periode (min. 3 mnd). Ved rusepisoder eller positive prøver skal pasienten lage en skriftlig redegjørelse og det skal snarlig gjennomføres en samtale for å avklare hendelsesforløp (før – under – etter). Her vurderes bl.a. forholdet mellom type rusmiddel og opplevde plage (somatisk, psykisk/psykologisk, sosialt). Et sentralt poeng er klargjøre hvilke plager/hendelser/tanker som bidrar til at pasienten velger å ruse seg, og deretter arbeide med "plagene" slik at rusbruk kan forebygges.*

Dette er en beskrivelse av en høykvalifisert praksis som tar hvert enkelt tilfelle av rusmiddelbruk alvorlig. Det går på liknende måter igjen i kommentarene fra tiltak med det som her er kalt restriktive holdninger, at praksis forutsetter flere forsøk med innleggelses, kontrakter og styrking av rehabiliteringsarbeidet. Når det gjelder alkohol, nevner flere tiltak at behandling med antabus bør forsøkes.

## Unntak

Undersøkelsen inneholder spørsmål om psykiske og somatiske sykdommer kan gi grunnlag for andre vurdering, og som det fremgår av beskrivelsen av de relative kriteriene, gjøres dette alle steder, særlig gjennomgående i forhold til somatisk sykdommer.

Et direkte spørsmål dreier seg om vurderingene når pasienter hevder at de ikke kan klare seg i LAR på grunn av psykiske vansker som "bare" blir bedre med benzodiazepin og har en forskrivning fra lege som overholdes. Spørsmålet er stillet direkte fordi problemet ofte er aktuelt i offentlige og faglige media. Enkelte leger har dessuten hevdet at de har god erfaring med bruk av benzodiazepiner og betvilt det synet som er lagt til grunn i LAR at bruk av benzodiazepin er kontraindisert. Svaralternativene har igjen vært fra utskrivning til restriksjoner for den enkelte og til aksept eller toleranse.

Det har åpenbart vært vanskelig å gi entydig svar. Ni tiltak har brukt svarkategoriene. To går til utskrivning om man ikke oppnår enighet, men avgjørelsen oppleves ikke lett slik det fremgår av beskrivelsen fra LAR Buskerud:

*Det vil som oftest være vanskelig å vite om det blir brukt BZD i tillegg til forskrivning. Vi har ingen gode eksempler på at en slik forskrivning over tid har vært et gode for utviklingen. Oppgaven er å kunne gi pasienten alternativer til "pillebehandlingen", dvs skikkelig utredning av plagene og adekvat behandling. Om dette tilbys, men pasienten fortsatt kun vil ha BZD, må vedkommende selv ta et valg om dette er viktigere enn MAR. Vi vil ikke støtte opp om feil medisinbruk. I samarbeid med lege eller ved innleggelse kan det gis tilbud om nedtrapping på BZD. Erfaringene fra slike forsøk har imidlertid så langt vært lite oppløftende. Dersom legen finner det medisinsk riktig å gi BZD over en kortere periode i en spesiell forbindelse er det selvfølgelig ok, så fremt perioden er klart tidsavgrenset og det er kontrollert utlevering. Dersom legen mener at langvarig forskrivning av BZD er riktig, vil dette bli lagt fram som sak i Inntaksutvalget for godkjenning ev. forslag om bedre løsninger. Pasienten vil i alle fall få en tidsfrist til å bestemme seg før utskrivningssak fremmes.*

Fem sentre møter en slik situasjon med restriksjoner. Metadonklinikken i Hordaland skriver: *I utgangspunktet avvenning i samarbeid med lege. Vi forsøker å få avklaring av problembildet og vurdere alternativ medisinering. Ved dokumentert angst der annen medikasjon er utprøvd og bzd anses som siste alternativ/absolutt nødvendig for å avhjelpe fungering i hverdagen, kan benzodiazepin gis. Ved somatiske lidelser kan midlene brukes i en avklarende periode til tilstanden er bedret.*

To sentre velger å akseptere situasjonen, begge bruker fastlegen som medisinsk ansvarlig for LAR..

De resterende sentre beskriver en individuell praksis som ikke så lett kategoriseres. MARiT skriver: *Dette må vurderes nøye ut fra de mer grunnleggende plager pasienten har – utredet gjennom et samarbeid mellom pasient, ansvarsgruppa og gjerne psykiater/psykologspesialist i spesialisthelsetjenesten. Ved rusbruk (ikke-forskrevet bruk av bzd) er det daglig inntak av metadon/Subutex og tettere oppfølging. Det skal ut fra utredningen lages en plan over aktuell medikasjon, avtaler, etc (jfr prinsippene for relative brudd).*

Andre som LAR i Aust-Agder skriver at problemstillingen er lite aktuell fordi alle A- og B-preparater forskrives fra legen i LAR. Dette respekteres av fastlegene. LAR Vest-Agder skriver:

*Hvis pasienten får foreskrevet benzo fra lege, så stoppes resepten fra apoteket. Ingen av våre pasienter behandles med benzo. Det er etter hvert blitt mer akseptert også hos fastlegene å ikke bruke denne medisinen til våre pasienter.*

På direkte spørsmål om en ser likt på psykiske og somatiske sykdommer på dette område svare 8 at de gjør dette mens 7 gjør forskjell.

## Skadereduksjon

Skadereduksjon er blitt et mer aktuelt begrep. Opprinnelig valgte en i Norge en modell som forutsatte at bruken av medikamenter skulle ha en målsetting ut over skadereduksjon med krav om rehabilitering og ulike kriterier for endring av livsførsel. Utviklingen har likevel medført at dette nå er mer omstridt. LAR-sentrene er spurt om deres holdning til skadereduksjon ut fra en skala fra sterkt negativ = 1 til sterkt positiv = 5. Svarmønsteret fremgår av tabell 4 som også plasserer svarene i forhold til rangering når det gjelder holdninger til utskrivning. Vi ser at syv sentre/tiltak vurderer skadereduksjon som negativt, seks beskriver positiv vurdering og to er mer nøytrale. Negative vurderinger faller i stor grad sammen med det å ha en restriktiv holdning til pasientens rusmiddelbruk og de positive med å beholde pasienten i behandling.

Klarest beskrives en negativ holdning fra LAR Buskerud:

*Anser det som særdeles viktig at MAR fortsetter som et rehabiliteringstiltak. Erfaring viser at de aller fleste har muligheter til å foreta valg som kan bedre deres livssituasjon. Det er viktig å hjelpe disse til å komme i en slik situasjon at de kan sette disse valgene ut i livet. Til dette trengs støtte og oppfølging over lang tid.*

*MAR uten oppfølging kan få tragiske konsekvenser, en bytter bare heroinen ut med metadon i tillegg til andre rusmidler. Pasientene blir på den måte holdt nede i rustilværelsen, og gjort til stakkarer uten evne/vilje til å ta valg.*

*MAR skal være et tilbud å strekke seg mot, så må den enkelte ta standpunkt til om han er villig til å betale "prisen", akkurat på lik linje med å velge annen type behandling. Alle store forandringer i livet medfører smerte og har sin pris.*

*En hovedvekt på å lindre smerte og forhindre død for enhver pris kan ta fra enkeltmennesket dets mulighet til å få gjort en positiv, radikal endring i livet.*

*Det må også kunne stilles realistiske krav til rusmisbrukere, gjør vi ikke det tar vi ifra dem egenverdet og selvrespekten. Gjør vi skadereduksjon til et lett tilgjengelig alternativ, undergraver vi manges mulighet og motivasjon til å gå inn i et mer krevende endringsarbeid. Etter det jeg har hørt har det ikke vært noen som har søkt seg fra "Gamlingeprosjektet" til MAR, slik at dette ikke rekrutterer til MAR men kanskje heller motsatt.*

*Ingen tidligere behandlingstilbud har blitt møtt med den forventningen at de skal kunne hjelpe alle. Derfor er det forunderlig at noen har den forventningen til MAR. Det er farlig å være rusmisbruker, enten blandingsmisbruket inneholder metadon eller ei. Noen vil bestandig falle utenfor, noen vil trenge mange forsøk, akkurat som i forhold til institusjoner. Vi ser at mange lykkes i MAR. Det er det viktig å ta vare på.*

*Skulle en allikevel ønske å sette i gang skadereduksjon, er det viktig at dette blir et eget opplegg, klart avskilt fra MAR. Senteret/tiltakets rolle bør i den anledning bare være av veiledende art.*

MARiT uttrykker dette slik:

*"Det er sentrale myndigheter som har fastsatt retningslinjene for MAR. I 1998 kom det første rundskrivet. Dette ble revidert i 2000 og 2001. Dagens modell med sikte på rusfrihet og rehabilitering er under betydelig press, bl.a fordi den er ressurskrevende og fordrer kvalifisert faglig innsats på flere områder. Det er dessuten betydelig politisk uenighet og diskusjon i opinionen omkring hvordan metadon/buprenorfin best skal brukes i norsk rusbehandling. Det er slik vi oppfatter det en bekymringsfull utvikling at mange innenfor fagfeltet ikke synes å ha tro på at MAR kan bidra til å oppnå rusfrihet slik intensjonen er, og dermed i større grad vektlegger at behandlingen virker overdoseforebyggende og skadereduserende. En "utvanning" av tilbudet kan i verste fall bidra til at langt færre enn mulig klarer å komme ut av rusmiddelmissbruket, og at det ikke gis nødvendig kvalitet i oppfølgingen. Da er det etter vårt syn bedre at det etableres særskilte prosjekter med mer lavterskel/skadereduserende bruk av metadon og buprenorfin."*

*Hvordan evt. lavterskel/skadereduksjonsprosjekter skal etableres er ikke drøftet inngående, da det fra sentrale myndigheter er uttrykt at dette ikke skal vurderes før evt utprøving i Oslo. Noen personlige synspunkter er: Utprøving av kommunale lavterskeltilbud knyttet til lavterskel helsetilbud. Inntak, forskrivning må knyttet til "kommunal" forankret lege/kommuneoverlege, med daglig utlevering under tilsyn. Tilbudet bør i utgangspunktet være tidsbegrenset for å hjelpe aktuelle pasienter i en avklaringsfase på noen måneder til max 1-2 år.*

Det er tydelig, også hos flere av de som uttrykker positiv vurdering, at skadereduksjon oppfattes som annerledes og i motsetning til rehabiliteringsperspektivet. det er uro for at ideologien skal undergraves og pasientene bli forvirrete og usikre, vanskeligere å nå med en mer krevende rehabiliteringsprosess. De fleste vurderer det slik at en eventuell skadereduksjon bør foregå på et kommunalt nivå, gjerne som ansvarsområde for kommuneoverlege eller andre kommunale helseinstanser. LAR-sentrene bør holdes helt utenfor eller bare ha veiledende oppgaver.

## 7 VURDERINGER OG KONKLUSJONER

LAR-sentrene arbeider innenfor retningslinjer som er utviklet på politisk og sentraladministrativt grunnlag med en overordnet målsetting om rehabilitering. Retningslinjene er utarbeidet på grunnlag av forankring i Sosialtjenesteloven.

Undersøkelsen viser at det er systematiske og tydelige gradsforskjeller i praktiseringen av retningslinjene slik at noen sentre har høyere andel utskrivninger etter alle, men særlig etter kriteriene for vurdering av behandlingsresultatet (relative kriterier).

Forskjellen er stor nok til å få betydning for resultatvurderinger bedømt etter status for andel med god rusmestring, både slik at sentre med liberal praksis vil ha en høyere andel med rusmiddelbruk og slik at sentre med restriktiv praksis kan ha en mer aktiv og dynamisk kraft i arbeidet for rehabilitering.

Forskjellen avspeiles i vurderingene om når en klient skal utskrives på grunn av bruk av ulike rusmidler, og vurderingene for ulike rusmidler har sammenheng slik at noen sentre praktiserer



retningslinjene systematisk mer restriktivt mens andre mer liberalt. En pasient som beholdes i ett senter, vil derfor kunne bli utskrevet i et annet.

Holdningene samvarierer med holdningene til skadereduksjon slik at de som er positive til dette også har en mer liberal grunnholdning til å beholde pasienter i behandlingen tross vedvarende bruk av rusmidler. Forskjellen er minst når det gjelder bruk av heroin og størst når det gjelder cannabis og alkohol.

Sammenholder en begrunnelse for og beskrivelse av praksis i de sentre som har restriktiv praksis med den vedtatte målsettingen for behandlingen, synes det klart at disse sentrene arbeider mer aktivt innenfor de vedtatte retningslinjene og målsettingene.

I den grad det er ønskelig å være positiv til at klienter bedres uten at rehabilitering oppnås, vil sentre med liberal praksis, kunne være mer effektive.

Rusreformene som medfører at LAR som spesialistbehandling skal følge helselovgivningen gjør at pasientene har krav på større innflytelse over målsetting for behandlingen og valg av behandlingssted. I den grad de beskrevne forskjellene fortsettes, vil dette kunne skape problemer.

Skadereduksjon som tiltaksform må plasseres i forhold til LAR, og ansvaret for slike tiltak bør tydeliggjøres.

Kriteriene for utskrivning og klagebehandling må revideres i forhold til forankring i helselovgivningen.





**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 3 a w 8  
S.nr. 200300235 - 5

**SKR-rapport nr 3/2004**

**HVILKEN PRAKSIS HAR LAR-SENTRENE  
FOR SØKNADSARBEIDET?**

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004

Mona Baadstøe Hansen og Helge Waal  
Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer  
Universitetet i Oslo

## INNHold:

1	<b>Innledning</b> .....	1
2	<b>Retningslinjer og prosedyrer</b> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
3	<b>Omfanget av søknadsarbeidet</b> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4	<b>Metode</b> .....	3
5	<b>Oppfatninger om søknadsprosedyrene og søknadsskjema</b> .....	4
6	<b>Kontakt om søknadene og forventninger til søknadsbehandlingen</b> .....	5
7	<b>Formelle og uformelle ventelister</b> .....	6
8	<b>Når blir søknaden registrert og hva skjer med ufullstendige søknader?</b> .....	7
9	<b>Krav til førstelinjetjenesten</b> .....	8
10	<b>Krav til spesialisthelsetjenesten</b> .....	9
11	<b>Endringer</b> .....	10
12	<b>Vurderinger</b> .....	10
13	<b>Konklusjoner</b> .....	11

## 1 Innledning

Da Stortinget i 1997 besluttet at metadonassistert rehabilitering (MAR), som nå kalles legemiddelassistert rehabilitering (LAR), skulle bli et landsomfattende tilbud til opiatavhengige, ble det samtidig bestemt at tilbudet skulle bygge på gjeldende lovgivning og ansvarsforhold. Det skulle legges opp som et forpliktende samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten etter en nasjonal modell som sikret forsvarlighet og systematikk.

Sosialtjenesten har etter sosialtjenesteloven ansvar for å sette i verk tiltak for mennesker med rusmiddelproblemer. Det ble derfor bestemt at det skulle utvikles et søknadsskjema som sikrer at pasientene tilfredsstillter kriteriene for behandlingen, og at tilbudet blir en del av en helhetlig rehabiliteringsplan. Skjemaet skulle bygges opp slik at det fremmer samarbeid mellom de ulike instansene, beskriver de ulike behandlingsoppgavene og redegjør for hvem som har ansvar for de enkelte elementene i en tiltaksplan. Det samme søknadsskjemaet er brukt over hele landet.

Behandlingen ble imidlertid ikke definert som en rettighet, men som ett av flere behandlingsvalg for den enkelte etter vurdering av faginstans. Bare tiltak godkjent av Sosialdepartementet fikk myndighet til å innvilge behandlingen. Disse fikk samtidig særlig bevilgning til å dekke medikamentkostnadene. Det ble opprettet slike godkjente tiltak i alle helseregioner bortsett fra i Nord-Norge, som har hatt sitt senter i Midt-Norge.

De som ønsker slik behandling, skal etter denne prosedyren søke om behandlingen gjennom sitt sosialsenter. Sosialsenteret sender søknaden til det ansvarlige regionale tiltak, som avgjør om søkeren oppfyller kriteriene for behandlingen og om behandlingen er lagt opp forsvarlig. Dette skal vises i en ferdig utarbeidet tiltaksplan. De godkjente tiltakene kan beslutte at det er nødvendig med flere opplysninger og kvalitetssikre søknaden på ulike måter før en vurdering.

Denne prosedyren har i hovedsak vært formelt uendret selv om søknadsprosedyrene og kravene til søknadsskjemaets innhold har gjennomgått tilpasninger ved de ulike tiltakene. Etter Rusreformene har leger fått en selvstendig rett til å beslutte at en klient kan søke, men søknadene skal fortsatt koordineres i sosialsenteret for å sikre en helhetlig rehabilitering.

Søknadsprosedyren har fra enkelte hold vært kritisert som byråkratisk og tungvint. Fra andre hold har det vært hevdet at ulike former for press kan ha uttynnet prinsippene. Slike forhold kan ha betydning for sentrenes funksjon og kan dessuten ha betydning for seleksjonen av pasienter.

Sosial- og helsedirektoratet har gitt Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer et oppdrag i forbindelse med nasjonal evaluering av Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Denne undersøkelsen inngår i dette oppdraget. Hensikten med undersøkelsen er å gi en oversikt over praksis med søknadsprosedyrer ved de ulike LAR-tiltakene, spesielle problemer som oppstår og forandringer som er utført eller ønskes utført. Det er både en målsetting å bidra til evaluering av systemet og å vurdere om det er regionale forskjeller.

Antallet søknader som skal behandles, er relativt høyt. Et betydelig antall personer er involvert i sosialsentrene og deres samarbeidspartnere, og i de regionale tiltakene. Tabell 1 gir en oversikt over omfanget i 2003. Tallene viser antall søknaden som var mottatt og ventet på vurdering (søkerliste) og antall søknader som var godkjent (venteliste).

Tabellen er viser fordeling i fylker og helseregioner sammen med en landsoversikt. Undersøkelsen viser imidlertid at praksis for registrering av søknadene varierer noe. Enkelte tiltak registrerer ikke søknadene før de bedømmes som adekvate for vurdering. Dette vil gi utslag i tallene.

**Tabell 1. Oversikt over antall søkere pr. 31.12.2003**

	Antall pasienter i behandling	Antall pasienter på venteliste	Antall pasienter på søkerliste
<b>HELSEREGION ØST</b>	1313	71	65
Oslo	699	50	34
Akershus	267	6	0
Østfold	138	11	13
Hedmark	111	1	11
Oppland	98	3	7
<b>HELSEREGION SØR</b>	495	42	56
Telemark	127	3	23
Vestfold	71	11	7
Buskerud	76	22	12
Aust-Agder	70	2	9
Vest-Agder	151	4	5
<b>HELSEREGION VEST</b>	438	143	33
Hordaland	246	97	16
Rogaland	186	45	17
Sogn og Fjordane	6	1	0
<b>HELSEREGION MIDT- OG NORDNORGE</b>	185	97	43
Møre og Romsdal	22	6	8
Sør Trøndelag	79	54	13
Nord Trøndelag	20	13	6
Nordland	46	18	14
Troms	16	3	2
Finnmark	2	3	0
<b>LANDSOVERSIKT</b>	2431	353	197

## 2 Metode

Undersøkelsen er utført som en semistrukturert intervjuundersøkelse. Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide som ble drøftet og godkjent i nasjonalt møte for de regionale tiltak og sentre, se vedlegg. Guiden ble sendt til tiltakene for intern drøfting før intervjuet. Hvert senter bestemte selv hvem som skulle svare. Det var mulig å levere skriftlig svar eller foreta telefonintervju. Det ble foretatt 14 telefonintervjuer og ett personlig intervju, og mottatt ett skriftlig svar.

Ved intervju ble svarene skrevet ned i punktform. Notatet ble sendt tilbake til de intervjuede for godkjenning og/eller rettelse. Det samlede materialet er lagt til grunn for en analyse av og vurdering av systemet og for en sammenligning av likheter og ulikheter i søknadsprosedyrer. Den skal også vise gjennomførte endringer og ønsker om endringer i prosedyrene.

Følgende LAR- tiltak er intervjuet:

### **Helseregion Midt- og Nord-Norge:**

MARiT – medikamentassistert rehabilitering i Trondheim

### **Helseregion Sør:**

Trefylkesamarbeidet LAR

Vestfoldklinikken

Metadonteamet i Telemark

Metadonteamet i Buskerud

MARIA – Medikamentassistert rehabilitering i Aust- og Vest-Agder

Sørlandet sykehus HF, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand

Sørlandet sykehus HF, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Arendal

### **Helseregion Vest:**

Metadonklinikken, Bergen

LAR Rogaland, Stavanger

### **Helseregion Øst:**

MAR-Øst, Oslo

Avdeling for rusbehandling, MAR Østfold

Rusmiddelteamet, DPS Toten, Oppland

Rusmiddelavdelingen, Sanderud sykehus, Hedmark

Folloklinikken, RUPO, Akershus

Øvre Romerikeklinikken, Øvre Romerike

Lillestrømklinikken, Rusmiddelpoliklinikken, Nedre Romerike

Sykehuset Asker og Bærum HF, Sosialmedisinsk klinikk for Asker og Bærum

## 3 Resultater

### 3.1 Oppfatninger om søknadsprosedyrer og søknadsskjema

*Spørsmål: Er dere generelt fornøyd med søknadsprosedyre og søknadsskjema? ja/nei – forslag til endringer/kommentarer*

Modellen for LAR legger stor vekt på søknadsarbeidet. Meningen er å bygge på lokal kunnskap og lokalt nettverk og sikre informasjon som gjør vurderingene mulig. Dette forutsetter en nokså omhyggelig og grundig saksbehandling på kommunenivå. I de regionale tiltak og sentre skal en så vurdere kvalitet og kriterier og legge grunnlag for en helhetlig rehabiliteringsprosess. Søknadsarbeidet har derfor flere formål, samtidig som det skal sikre en nasjonal modell med felles mal på grunnlag av et felles skjema.

Det første spørsmålet sikter mot en vurdering av om dette arbeidet oppleves meningsfylt, og om det er lagt opp på en god måte. Det er også spørsmål om skjemaets utforming og om behov for endringer. Svarene viser sterk tilslutning til grunnmodellen. Av 16 svarere ga alle uttrykk for at de var generelt fornøyd med både søknadsskjema og søknadsprosedyrene.

Det var imidlertid også tydelig at skjemaet ikke passet like godt over alt. Dette viste seg ved flere forbehold og ønsker om endringer:

- To svarere reiste tvil om nytteverdien av alle rusopplysninger. Det er vanskelig og tidkrevende å innhente nøyaktige opplysninger, og flere hadde erfaring med feil og mangler. To svarere ønsket endring med bedre spørsmål om rushistorie (Oppland, Metadonklinikken).
- To ønsket spesielt utbedring av spørsmål om omsorg for barn i søknaden (Vestfold, Aust-Agder).
- Én foreslo 19 klare forandringer på søknadsskjemaet (Vestfold).
- Én ønsket å forandre søknaden på den måten at individuell plan ble utarbeidet i samarbeid med sosialtjenesten etter at pasienten er opptrappet og stabilisert.
- To ønsket sterkere vektlegging av viktigheten av at adekvate legeopplysninger følger med søknaden (Metadonklinikken, Øvre Romerike).
- Én ønsket presisering av hvilke vedlegg og hvilken som tilleggsinformasjon bør kreves i søknaden (Øvre Romerike).
- Én ønsket en veileder for søknad / individuell plan.
- Én reiste spørsmål om nytteverdien rundt innhenting av opplysninger angående soning (Telemark).

Endringsønskene gikk, som vi ser, i flere retninger.

Færre hadde endringsønsker i forhold til søknadsprosedyrene, men også her var det noen vesentlige endringsforslag:

- Tre kommenterte at det hadde vært nødvendig med mindre endringer/justeringer på dette området (MARiT, Østfold, Nedre Romerike).
- Én presiserte ønsket om nasjonal mal for søknadsprosedyrene (Aust-Agder).
- To ønsker krav om mer forhåndskontakt med sosialtjenesten under utforming av søknaden (Oppland, Hedmark).



Konklusjonene synes å være at søknadsarbeidet vektlegges samtidig som det er ønske om en revisjon av skjemaet og en bedre mal for prosedyrene. Dette bør føre til et tettere samarbeid med sosialtjenesten.

### 3.2 Kontakt om søknadene og forventninger til søknadsbehandlingen

*Spørsmål: Er det noen forhåndskontakt eller formidlete forventninger til sosialsentrene i forhold til søknadene? ja/nei – kommentarer*

Siden klienter som ønsker LAR, må søke gjennom sitt sosialsenter, er dette en inngangsport til behandlingen. Vurderinger og holdninger i sentrene vil innvirke på behandlingen av søknaden. Sosialsentrene vil dessuten kunne påvirkes av direkte og indirekte formidlete forventninger og rådgivning fra sitt regionale LAR-senter. Spørsmålet tar derfor sikte på å kartlegge om det er grunn til å tro at søknader blir behandlet ulikt, og om noen kan bli avslått på ulike premisser. Det tar også sikte på å få frem informasjon om graden av kontakt med sosialsentrene i søknadsbehandlingen.

Svarene viste at de regionale tiltak og alle sentre legger stor vekt på sosialsentrenes funksjon og rolle. En godt forberedt søknad vil kunne være avgjørende som grunnlag for vurderinger og avgjørelser og være en god start på et systematisk rehabiliteringsarbeid. Søknadsarbeidet ble også vurdert som strategisk i forhold til å skape forpliktelser og engasjement i klientens problemer og for å få de ulike instansene på banen. Etter at behandlingen er innvilget og i enda større grad etter at behandlingen er kommet i gang, kan det være lettere for en instans å forholde seg passiv.

Sentrene uttrykte på slikt grunnlag ønske om:

- et tett samarbeid med sosialkontorene i utforming av søknadene
- mer forhåndskontakt og tettere samarbeid med sosialkontorene

Svært mange tiltak mente at arbeidet blir hemmet av ressursmangel både ved LAR- tiltakene og ved sosialkontorene. Søknadsarbeidet har derfor flere steder vært suboptimalt.

Beskrivelsene viste betydelige ulikheter i hvor nært samarbeidet i praksis har vært:

- Syv tiltak har et nært samarbeid under hele søknadsprosessen. Dette inkluderer forhåndskontakt ved alle søknader. (Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Hedmark, Nedre Romerike, Øvre Romerike, Follo). Tre tiltak hadde forverns møte med pasienten (Østfold, Oppland, Nedre Romerike), og ett tiltak hadde forverns møte med ca. halvparten av søkere (Aust-Agder).
- Fire tiltak har konsultasjonsteam som reiser rundt til kommunene og/eller kan kontaktes ved behov for drøftinger (Vestfold, Oppland, Hedemark, og Follo).
- Syv tiltak har hovedsakelig praksis med uformelle telefonkonsultasjoner. (MARiT, Metadonklinikken, Rogaland, Vestfold, Buskerud, MARIO, Asker og Bærum). Ved tre tiltak holdes det møter ved særlig vanskelige vurderinger eller spesielle behov (Metadonklinikken, Vestfold, Follo).
- To tiltak gjennomgår alle søknader på forhånd (Vest-Agder, Oppland).
- Fire tiltak har åpnet for at sosialkontorene kan sende uferdige søknader for en vurdering (Rogaland, Metadonklinikken, Aust-Agder, Hedmark).

Beskrivelsen viser at tiltakene har en praksis som i det ene ytterpunktet, representert ved Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Hedmark, Nedre Romerike, Øvre Romerike og Follo, bygger

på aktivt samspill fra tidlig i søknadsprosessen, og i det andre ytterpunktet bygger på at sosialsentrene arbeider selvstendig og sender søknaden etter egen vurdering. Samspillet foregår eventuelt ved tilbakemelding om behov for flere opplysninger. Mellom disse ytterpunktene er det ulike former for veiledning.

Alle tiltakene legger vekt opp opplysning og undervisning. For å kvalitetssikre søknadene har alle hatt kurs/seminarer for kommunene. De fleste melder at søknadene er blitt bedre, især fra sosialkontorer med større søkermasse. Vi ser med andre ord ut til å stå overfor en utviklingsprosess.

### 3.3 Formelle og uformelle ventelister

*Spørsmål: Har dere fått melding om at enkelte sosialsentre har uformell venteliste eller avviser / ikke oppmuntrer søkere? ja/nei – kommentarer/begrunnelser*

Den sentrale vektleggingen av søknader gjennom sosialsentrene gjør at disse kan bli til en trang port. Vi vet at sosialsentrene ofte har stor pågang, og de kan også selvsagt fungere mer eller mindre godt. I tillegg vil LAR-arbeidet kunne prioriteres ulikt i ulike sentre.

Et senter som har større pågang enn det makter å saksbehandle, kan enten løse problemet ved en forenklet ekspedisjon med videresending uten vurdering eller ved å utvikle formelle og uformelle ventelister. En lang saksbehandlingstid vil i tillegg signalisere til potensielle søkere at det er liten vits i å søke.

Spørsmålet tar sikte på å kartlegge om slike mekanismer er kjent og hva som er bakgrunnen der hvor de forekommer.

- Seks av 16 tiltak rapporterer om sosialkontorer som har en uformell venteliste (Telemark, Vestfold, Asker og Bærum, Østfold, Oppland, Hedmark). Tre tiltak kjenner til sosialkontorer som har en opphopning av søknader uten at det er noen slik venteliste. Det er kontinuerlig bevegelse i søknadsbehandlingen selv om arbeidet kan gå langsomt og det er en opphopning av søknader (MARiT, Rogaland, Øvre Romerike). To tiltak melder at man ikke vet om det er ventelister, men trolig er dette tilfellet (Vest-Agder, MARIO).
- Fire tiltak kjenner til at søkere blir avvist uten at deres søknad er saksbehandlet (Vest-Agder, MARIO, Oppland, Follo).

Undersøkelsen peker i retning av at dette er reelle problemer. Det finnes både uformelle ventelister og kapasitetsproblemer. Det er til og med kontorer som kan avvise en søknad uten saksbehandling. Det siste er en klar feil som kan påklages til Fylkesmannen.

Det ser også ut til at det er klare regionale forskjeller. Problemstillingen er følsom, og flere sentre viste forsiktighet med å trekke frem noen spesielle steder og stå ansvarlig for en lokalisering av disse problemene. Svarene peker i retning av bykommuner i Østlandsregionen og de nærmestliggende fylkene i Helseregion Sør.

Konklusjonen er uansett at systemet, slik det fungerer nå, er avhengig av en førstelinjeinstans som mangler kapasitet slik at det kan oppstå barrierer for tilgang.

### 3.4 Når blir søknaden registrert, og hva skjer med ufullstendige søknader?

*Spørsmål: Det synes å være praksis noen steder at søknadene først registreres som søknad etter kvalitetssikring. En mangelfull søknad blir returnert uten at søkeren blir registrert som søker? Gjelder dette hos dere? ja/nei – kommentarer spesielt i forhold til om det er uformelle eller formelle reguleringer mellom tiltakene og sosialsentrene*

Systemet er lagt opp slik at sosialsenteret skal ha et aktivt faglig ansvar for vurdering og valg av LAR som tiltak. Dette skal føre frem til en søknad som viser tilstanden i forhold til kriteriene og en redegjørelse for behandlingsbehovene.

Sosialsentrene har ofte skiftende ansatte, og mange steder er det liten kompetanseutvikling på området. Det sier seg selv at dette vil føre til varierende kvalitet i søknaden. Håndteringen av dette kan få betydning for avgjørelsene i det regionale tiltaket og for kvaliteten av innvilget behandling.

Dette spørsmålet tar derfor sikte på å undersøke håndteringen av søknader som ikke bedømmes som gode nok for reell vurdering. Resultatet kan bli lengre eller kortere ventelister. Håndteringen av søknadene kan også ha betydning for seleksjon til behandlingen og for sosialsentrenes utforming av sin rolle.

Dersom det regionale senteret tar imot alle søknader, vil dette kunne fremme en praksis hvor saksbehandlerne ved et sosialsenter kan oppleve å ha gjort noe for en søker ved å ha fått av gårde søknadene. Dersom senteret i forhåndskontakt formidler at søknaden vil komme i retur dersom den ikke oppfyller faglige krav, vil dette ha innvirkning på saksbehandlerens arbeid. Det vil også kunne føre til at søknadene ikke blir sendt, eller at sosialsentrene stiller krav til klientene som disse ikke kan oppfylle. Dersom søknadene ikke registreres før de er kvalitetssikret for behandling, vil problemet forbli skjult og senteret fremstå med en ventetid som ikke er riktig beskrevet.

Svarene viser at det er reelle forskjeller:

- Ti sentre registrer alle mottatte søknader fortløpende (Metadonklinikken, Vest-Agder, Telemark, Buskerud, MARIO, Asker og Bærum, Østfold, Oppland, Hedmark, Follo).
- Seks sentre registrerer bare fullstendige søknader (MARiT, Rogaland, Aust-Agder, Vestfold, Øvre Romerike, Nedre Romerike). Blant disse føres det delvis egne, uoffisielle lister over søknader det arbeides videre med.

På dette området ser det ut til å være en systematisk regional ulikhet. I Helseregion Øst registreres alle mottatte søknader, uavhengig av kvalitet. Ulempen ved dette er at ventelistene kan inneholde søkere som ikke er reelle, eller søknader som ikke er forankret i et lokalt apparat som kan/vil gå inn i et gjensidig forpliktende samarbeid. Til gjengjeld får regionen bedre oversikt over potensielle søkere og lavere barrierer for sentrene når det gjelder behandling av søknadene. Dette kan igjen gi søknadsmotivasjon for mindre ressurssterke og mer ambivalente søkere.

I Helseregion Midt- og Nord-Norge er praksis annerledes. Det legges vesentlig vekt på at søknadene skal være grundige og godt forankret lokalt før de blir registrert for behandling. Dette vil på den ene siden virke som et insitament til aktiv lokal forankring og til å fremme samarbeid. På den andre siden vil det kunne føre til skjulte behandlingsbehov og skjulte ventelister.

I Helseregion Sør og Helseregion Vest er det ulik eller skiftende praksis ved de ulike tiltak og sentre. Her vil en altså kunne finne begge typer erfaringer.

### 3.5 Krav til førstelinjetjenesten

*Spørsmål: Stilles det krav til sosialsenteret/legen før søknad innvilges? ja/nei – kommentarer/begrunnelse*

Systemet er tenkt slik at sosialsenteret skal ha en sentral rolle i systematisk rehabilitering, utformet i en tiltaksplan som skal vedlegges søknaden. Dette forutsetter bolig, undersøkelse og plan for relasjoner utenfor rusmisbrukerkretsene og planer for aktiviteter i og utenfor yrkessammenheng. En innvending har vært at dette er så høye krav at det vil forhindre søknad fra personer i vanskelige livssituasjoner, og at det kan føre til lite reelle tiltaksplaner eller til at sosialsentrene er ulike med hensyn til ambisjoner og innsatsvilje. Det kan på den ene siden sikre helhetlig og systematisk behandling, men det kan også være en barriere som gjør at enkelte sosialsentre og enkelte klienter ikke kommer over terskelen. Dette kan føre til at noen sentre tar på seg oppgaver med klienter med mindre og noen med større rehabiliteringsmuligheter. Spørsmålet tar sikte på å undersøke de krav tiltakene stiller til sosialsentrene for at de skal innvilge en søknad. Det sikter også mot å undersøke legens rolle. Det er utarbeidet et veiledende legeskjema som skal sikre nødvendige undersøkelser. Det forutsettes også at legen har medansvar for ansvarsgruppearbeidet og for samarbeid med sosialsenteret.

Svarene viser at de formelle kravene til tiltaksplaner fra sosialkontorer grunnleggende sett er de samme. Planen skal omfatte tiltak når det gjelder bolig, ansvarsgruppe, utleveringssted for medikament, sted for urinprøvetaking og fastlege.

Kravene til sosialkontorets oppfølging av planen, og samarbeid med pasienten på den ene siden og tiltaket på den andre, varierer likevel betydelig. I kommuner med store avstander kan kontakt med pasienten skje via telefon, andre bygger på regelmessig fremmøte til samtaler på sosialkontoret.

Noen tiltak har mer spesifiserte krav, for eksempel antall ansvarsgruppemøter. Før oppstart skal sted for utlevering og urinprøvetaking være kontraktfestet.

Enkelte, som MARiT, kontraktfester også hvor ofte og hvor lenge LAR-konsulentene skal ha kontakt med pasienten eller delta i ansvarsgruppemøter.

Kravene til de enkelte elementene i tiltaksplanen varierer i stor grad. Når det gjelder boforhold, aksepterer noen, som for eksempel MAR Øst, at det er laget en plan for boligsituasjonen slik at pasienten kan starte behandlingen i en hospitssituasjon så sant sosialsenteret har plan for hvor pasienten skal bo på kortere og lengre sikt. Ved noen tiltak kreves det innleggelse i rusinstitusjon før opptrapping og stabilisering av pasienten. Dette er beskrevet nærmere i delrapporten SKR-rapport nr. 1/2004.

Ett tiltak (Vest-Agder) ønsker å endre praksis fra krav om tiltaksplan før søknadsvurdering og oppstart til at det skal utarbeides en individuell plan etter at pasienten er opptrappet og stabilisert. Begrunnelsen er at denne situasjonen gjør samarbeid og dialog med pasienten enklere og mer fruktbar.

Krav til legen er at legeskjema skal fylles ut før vurdering. Legen skal følge opp pasienten ved ulike helseproblemer og delta i ansvarsgruppen. Krav til deltagelse i ansvarsgruppemøter varierer nokså mye. Det grunnleggende er at legen alltid skal være med i starten og deretter ved behov. Et ytterpunkt representeres av noen tiltak (Øvre Romerike, Metadonklinikken, MARIO, Telemark, Nedre Romerike), som klager over at enkelte fastleger ikke deltar eller deltar lite på møter med mangel på tid som begrunnelse. Dette forsøkes løst ved at ansvarsgruppemøter foregår på legekantoret som en legetime. Noen tiltak (Oppland, Østfold) melder at legen stort sett er med ved alle møter eller når det er behov. Ett tiltak (Øvre Romerike) klager over manglende legeopplysninger på søknadene. Dette tiltaket har ikke tatt i bruk legeskjemaet.

Undersøkelsen viser på dette området en klar variasjon over et felles grunnmønster. Noen tiltak (bl.a. Vest-Agder, Nedre Romerike, Oppland, Aust-Agder og Øvre Romerike) er særlig tydelige i sin beskrivelse, og legger sterk vekt på at sialsenteret før oppstart skal være trukket med i et utviklet og gjensidig forpliktende samarbeid med klar struktur og fremdrift. Andre (bl.a. MARIO, Asker og Bærum) beskriver en situasjon hvor samarbeidet har en minimumskontrakt i bunnen mens arbeidet utformes gradvis, avhengig både av hva man kan på sialsenteret med på og hvorledes pasientens utvikling er.

### **3.6 Krav til spesialisthelsetjenesten**

*Spørsmål: Stilles det krav til spesialisthelsetjeneste/sykehus før søknad innvilges? ja/nei – kommentarer/begrunnelse*

Mange av pasientene har sammensatte problemer, og flere av dem kan trenge undersøkelse og behandling på spesialistnivå. Det er samtidig velkjent at pasientene ikke alltid er ønskeklienter i spesialisttiltakene. Det er for eksempel en del meldinger om at psykiatriske instanser kan være avvisende. Enkelte har foreslått å nekte oppstart eller behandlingsansvar uten forpliktelse til samarbeid fra slike instanser der hvor pasienten bedømmes til å ha sentrale behov på området. Målsettingen med spørsmålet er å kartlegge hvorledes tiltakene møter dette problemet, og om vi kan se gode strategier for å sikre at spesialisthelsetjenesten er med i arbeidet fra starten av.

Besvarelsen viser at få om noen tiltak har lagt seg på noen kravlinje. For det første er det oftest individuelle forhold det dreier seg om, og det vanlige er anbefalinger knyttet til tiltaksplanen.

Det eneste kravet som blir nevnt, er at pasienten skal avruses, trappes opp og stabiliseres ved en rusinstitusjon. I noen tilfeller stilles det krav til opphold og behandling i rusinstitusjon som forutsetning for LAR.

Ved ønske om oppfølging av psykiatrisk helsetjeneste vil dette utformes som en anbefaling som inngår i individuell plan. Det kan inngå utredning av for eksempel epilepsi eller andre lidelser som krever medikasjon.

### 3.7 Endringer

*Spørsmål: Har dere endret noe i søknadsprosedyrene eller i arbeidet med søknadene i 2003 eller senere? ja/nei – kommentarer*

Siden undersøkelsen tar sikte på evaluering i forhold til erfaringene frem til og med 2003, er det av betydning om praksis er endret etter dette. Spørsmålet tar derfor sikte på å undersøke om konklusjonene og vurderingene også er adekvate for praksis på rapporttidspunktet, som er august/september 2004.

Svarene viser at:

- tre tiltak ikke har gjort annet enn mindre justeringer (Nedre Romerike, MARiT)
- fem tiltak har ikke gjort endringer (Telemark, Vest-Agder, Metadonklinikken, Follo, Buskerud)
- fem tiltak har gjort følgende endringer:
  - Oppland og Østfold har begynt med forvernsamtaler med pasienten i søknadsprosessen
  - Øvre Romerike, MAR Øst, Asker og Bærum bruker mer tid til en helhetlig vurdering av søknaden i forhold til kriteriene
- Hedmark, Vestfold, Rogaland og MAR Øst har gjort mindre tilpassninger som tar sikte på å møte nye krav etter helselovgivningen, især svarfrist på 30 dager
- Aust-Agder arbeider med å øke hyppigheten på samarbeidsmøter

Konklusjonen er at undersøkelsen i hovedsak er dekkende for praksis på vurderingstidspunktet. De endringer som skjer, går på den ene siden i retning av å legge større vekt på søknadsprosessen og mer grundighet i evalueringen. På den andre siden arbeides det for å forenkle prosedyrene for å kunne tilfredsstille den retten helselovgivningen gir klientene til vurdering innen 30 dager.

Endringene er delvis motstridende.

## 4 Vurderinger

Undersøkelsen gir noen klare inntrykk.

- Fremgangsmåten med søknad gjennom sossialsenteret og vekt på grundighet i søknadsarbeidet har stor tilslutning.
- Det legges de fleste steder ned et betydelig arbeid i å etablere et nært og godt samarbeid med sossialsentrene ved å opprette faste møter, oppfordre til uformell telefonkontakt, muligheten til å sende inn ufullstendige søknader for å få en vurdering, og ved å ha kurs/seminarer.
- De fleste tiltak mener at det er en klar sammenheng mellom omfanget av samarbeidet og kvaliteten på søknadene.
- Det ses en sammenheng mellom dette og muligheten til en vellykket behandling.
- Sentrene og tiltakene har et klart ønske å være mer involvert i søknadsutformingen, især i tiltaksplanen. Mange ser sammenheng mellom dette og begrepet individuell plan på visse vilkår. De fleste tiltakene vektlegger at forhåndskontakt med kommunehelsetjenesten og med legen samt forverns møter med pasienten er viktig for å legge et godt grunnlag for utarbeiding av en realistisk og gjennomførbar tiltaksplan.

- Det er imidlertid også tydelig at praksis varierer betydelig. Begrunnelsen er oftest ressursmangel og geografiske avstander.
- Forskjellene har imidlertid også andre røtter slik som ulik praksis for søknadsbehandling og ulike vurderinger av partenes roller i arbeidet.
- Det er også ulike vurderinger av hvor store ressurser en skal bruke på søknadsarbeidet og på hvilket stadium en søknad kan være klar for vurdering. I bakgrunnen ligger spørsmålet om søknadsprosedyrens formål og funksjon. I ett ytterpunkt skal den beskytte mot at behandlingsformen vannes ut i forhold til rehabiliteringsmålsettingen og bidra til kvalitet i rehabiliteringsarbeidet. I det andre ytterpunktet skal den sikre at et minimum av kriterier er oppfylt.
- Svarene viser at søknadsprosessen skaper flere trange porter og mulige ventesituasjoner. En omhyggelig prosedyre vil kunne stenge ute pasienter med små ressurser og store vansker. Den vil kunne tildekke behov og føre til underrapportering av ventelistepasienter.
- Det er også mulig at strikte krav til bestemte prosedyrer kan skape unødvendig ressursbruk og tvinge pasienter uten store støtte-/rehabiliteringsbehov til omfattende kontakt med sosialsenteret og til venting på saksbehandling der uten sikker gevinst.
- Samtidig vil det motsatte – en rask og forenklet prosedyre – kunne føre til lettvinne søknader og kunstig store behov. Resultatet kan være demotivering av samarbeidspartnere og lavt insitamant til omhyggelighet og aktiv rehabiliteringsideologi.

## 5 Konklusjoner

- Grunnmodellen er verdifull, samtidig som den inneholder en del dilemmaer mellom effektivitet og ressursbruk på den ene siden og kvalitet og langsiktighet på den andre.
- Rusreformene skaper utfordringer, både fordi pasientrettighetene gir utfordringer og fordi modellen er uformet på grunnlag av langsiktig samarbeid og delt ansvar mellom to forvaltningsnivåer: fylkeskommunalt og kommunalt. Det er ikke like selvfølgelig at et helseforetak vil bruke ressurser på denne måten uten at dette blir refundert eller betalt.
- Det kan også settes spørsmålsteget ved om det er naturlig at en spesialistinstans skal kreve omhyggelig og omfattende informasjon for å vurdere behandlingsbehov fra henvisende instans. Det kan bli naturlig å dele prosessen i to faser og skille mellom arbeidet før vurdering av søknaden i forhold til kriteriene – og nødvendig ansvars plassering av grunnelementene på den ene siden og arbeidet for å kvalitetssikre behandling og rehabilitering i utarbeidet tiltaksplan og kontraktsarbeid på den andre.
- Det er videre et mulig behov for å skille mellom flere nivåer eller typer behandling slik som for eksempel 1) skadereduksjon og omsorg, 2) aktiv rehabilitering og 3) understøtting av aktiv behandling uten rehabiliteringsbehov.
- Det er behov for en revisjon av søknadsskjemaet og en tydeligere mal for søknadsarbeidet.



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 4 av 8  
S.nr. 200300235 - 5

SKR-rapport nr 4/2004

# STATUSRAPPORT FOR PASIENTER I LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING 2002-2003

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet oktober 2004

Mona Baadstøe Hansen, Hege Kornør og Helge Waal,  
Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer,  
Universitetet i Oslo



## Innhold

1	Innledning .....	3
2	Metode .....	3
3	Deltakelse og svarprosent .....	4
4	Demografiske data .....	5
4.1	Alders- og kjønnsfordeling .....	5
5	Livssituasjon .....	6
5.1	Bolig .....	6
5.2	Yrkesrettet beskjeftigelse .....	7
5.3	Inntekt .....	9
6	Medikamentvalg og kontrollordninger .....	12
6.1	Medikamentvalg .....	12
6.2	Medikamentdoser .....	15
6.3	Forskrivende lege .....	15
6.4	Hvor utleveres medikamentet og hvor ofte skjer det? .....	16
6.5	Ukentlig antall utleveringer og forekomst av "ta-hjem-doseringer" .....	18
6.6	Bruken av urinkontroller .....	19
7	Psykososial behandling – kontakt med behandlerne siste fire uker .....	21
7.1	Kontakt med LAR-konsulent .....	22
7.2	Kontakt med sosialkonsulent .....	23
7.3	Ansvarsgrupper .....	24
7.4	Kontakt med LAR-legen .....	26
8	"Resultater" – hvorledes har pasientene det? .....	27
8.1	Psykiske vansker siste fire uker .....	27
8.2	Rusmestring de siste 4 uker .....	28
8.2.1	Opiater .....	30
8.2.2	Benzodiazepin .....	31
8.2.3	Cannabis .....	34
8.2.4	Helhetlig rusmestring .....	36
8.2.5	Sammenhengende tid siste år uten bruk av rusmidler .....	38
8.3	Kriminalitet .....	41
8.4	Forgiftningsoverdoser og selvmordsforsøk .....	42
9	Oppsummeringer og konklusjoner .....	44
10	Appendiks .....	47

# 1 Innledning

De regionale sentre og tiltak for legemiddelassistert rehabilitering gjennomfører en årlig statusundersøkelse. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer har til dette formålet utviklet et skjema i samarbeid med de nasjonale tiltakene. Skjemaet skal fylles ut av den enkelte pasients hovedkontakt mellom 15. oktober og 15. november. Dersom behandlingen er avsluttet tidligere i året, skal det rapporteres for avslutningstidspunktet. Skjemaet har spørsmål om pasientens situasjon når det gjelder arbeid, inntekt, fritid, bolig og nettverk, og om de pågående behandlingstiltakene slik som type psykososiale tiltak, medikamentvalg og dosering, utleveringsordning og kontrollordninger. Det skal også rapporteres om bruk av rusmidler siste 30 dager og om kriminalitet, overdoser og selvmordsforsøk siste år. Skjemaene ble utprøvd i en pilotstudie i 2001 og brukt første gang i 2002 med rapportering fra hele landet bortsett fra Rogaland.

Statusundersøkelsen er lagt opp slik at hvert senter samler inn opplysninger om de pasientene behandlingstiltaket selv har i behandling. Undersøkelsen inngår i hvert enkelt senter kvalitets sikring og er en del av dets systematiserte journaldata. Det arbeides med muligheten for et nasjonalt helseregister, men dette spørsmålet er foreløpig ikke avklart. Seksjonen har derfor ikke anledning til å samle individbaserte data. Hvert senter sender inn oversiktstall for sine pasienter, men ingen opplysninger om enkeltindivider. Den nasjonale statusundersøkelsen består derfor av aggregerte data med gjennomsnittstall og totaltall.

Resultatene fra statusundersøkelsen fra 2002 og 2003 sammenfattes i denne rapporten som inngår i en nasjonal evaluering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), bestilt av Sosial- og helsedirektoratet etter oppdrag fra Helsedepartementet.

# 2 Metode

De aggregerte opplysningene fra hvert senter er lagt inn på Excel-fil med tiltaket/senteret som enhet. Disse filene er transportert til SPSS-filer for statistiske beregninger. Variablene er kategoriske variabler. Chi-kvadrat er derfor benyttet for signifikansberegninger. Det gjøres oppmerksom på at det ved beregning av chi-kvadrat ikke er tatt hensyn til antall ukjente svar. Andel ukjente svar er oppgitt i tabellform sammen med andel besvart.

Hoveddelen av rapporten er en enkel oversikt over nasjonale, regionale og fylkesvise gjennomsnitt. Statusskjemaet inneholder et relativt stort antall variabler med flere svarkategorier. Vi har i denne rapporten valgt ut de opplysningene vi mener har størst interesse for en nasjonal evaluering. De regionale resultatene er fremstilt som stolpediagrammer med forskjeller beregnet i forhold til signifikans på 0.05-nivået. De fylkesvise funnene er rangert fra høyest til lavest i forhold til det nasjonale gjennomsnitt, som er vist som X-akse i hver figur. Vi gjør oppmerksom på at signifikansnivået avhenger av både prosentandelen og av antallet. I noen tilfeller vil derfor en forskjell som grafisk er mindre enn en annen likevel vise seg signifikant på grunn av stort antall. Dette gjelder i særlig grad resultater fra Oslo.

Tallverdiene for hver variabel med fordeling i de ulike svarkategoriene nasjonalt, regionalt og fylkesvis vedlegges som appendiks. Der det er hensiktsmessig, vil de bli sammenlignet med resultater fra 2002 undersøkelsen.

For å kunne bruke funnene i statusundersøkelsen til evalueringsformål, er det nødvendig å se funnene i sammenheng med kvalitetsmål for god behandling, fortrinnsvis fra internasjonale undersøkelser. Dette vil bli gjort i hovedrapporten i evalueringsprosjektet. Det er også nødvendig å skjønne sammenhengen ved eventuelle regionale og fylkesvise forskjeller. Det er derfor gjort spesialundersøkelser om søknadsprosessen, avvenning og oppstart i behandlingen, om retensjonen i behandlingen og om utskrivningen. Disse undersøkelsene beskrives i egne delrapporter.

Det er gjort en egen reliabilitetsundersøkelse av statusskjemaet ved interater reliabilitet med to utvalg på 10, ett fra Oslo og ett fra Oppland. Begge utvalg er skåret av to uavhengige undersøkere. Undersøkelsen viser at enkelte av variablene har lav reliabilitet. Disse variablene er i hovedsak tatt ut av undersøkelsen. Der hvor de brukes, vil usikkerheten bli tydeliggjort i tekst.

### **3 Deltakelse og svarprosent**

I 2003 ble det registrert 2168 skjemaer. 2755 pasienter var i behandling i løpet av året når man inkluderer pasienter som ble utskrevet og pasienter som døde. Svarprosenten var derfor 78 for 2003, og dette anses som tilfredsstillende. I 2002 ble det registrert 1174 skjemaer, og 2356 pasienter var i behandling. Dette gir en svarprosent på 75.

Tabell 1 viser svarprosent fordelt på fylke, på helseregion og på landsbasis. Det bemerkes at det ikke er mottatt statusskjemaer fra Bærum (135 pasienter i behandling), og antall svar fra Akershus beregnes uten Bærum. Dersom Bærum var blitt regnet med i totalt antall pasienter i behandling, ville den nasjonale svarprosenten vært 74 %.

Tabellen viser at det er lavest svarprosent i *Helseregion Øst* med 69 %. Dette skyldes først og fremst lav prosent i Oslo (61 %). En del av forklaringen er at Oslo dette året opprettet en inntakspoliklinikk som tok pasienter raskt inn uten avvenning og uten at tiltaksplan og behandlingsavtaler var avklart før overføring til en av de ordinære avdelingene. En del av disse pasientene fikk ikke utfylt statusskjema. En annen forklaring er at en nokså høy andel i Oslo var overført til oppfølging annet sted. Det viste seg vanskelig å innhente opplysninger om mange av disse. Oslo har en så vidt stor andel av pasientene at den lavere svarandelen her har betydning både for svarandelen i *Helseregion Øst* og for landsandelen.

**Tabell 1. Oversikt over deltakelse i undersøkelsen, antall og svarprosent**

	Antall pasienter		Antall statusskjema besvart		Prosent besvarelse	
	2003*	2002	2003	2002	2003	2002
<b>Helseregion Sør</b>	<b>590</b>	<b>540</b>	<b>552</b>	<b>460</b>	<b>94 %</b>	<b>89 %</b>
Buskerud	99	92	95	84	96 %	91 %
Telemark	146	113	135	108	92 %	96 %
Vestfold	80	67	76	68	95 %	101 %
Aust-Agder	85	77	73	60	86 %	78 %
Vest-Agder	180	191	173	140	96 %	73 %
<b>Helseregion Vest</b>	<b>503</b>	<b>340</b>	<b>416</b>	<b>216</b>	<b>83 %</b>	<b>48 %</b>
Hordaland S/F	285	225	228	216	80 %	96 %
Rogaland	218	115	188	0	86 %	0 %
<b>Helseregion Midt- /Nord</b>	<b>216</b>	<b>168</b>	<b>175</b>	<b>166</b>	<b>81 %</b>	<b>99 %</b>
<b>Helseregion Øst</b>	<b>1474</b>	<b>1308</b>	<b>1024</b>	<b>932</b>	<b>69 %</b>	<b>77 %</b>
Oslo	955	759	593	493	62 %	65 %
Akershus**	142	251	135	201	95 %	80 %
Østfold	159	111	135	92	85 %	83 %
Hedmark	118	106	86	78	73 %	74 %
Oppland	100	81	75	68	75 %	84 %
<b>Norge</b>	<b>2783</b>	<b>2356</b>	<b>2167</b>	<b>1174</b>	<b>78 %</b>	<b>75 %</b>

\*2003 Antall pasienter = Antall pasienter i behandling pr. 31.12.03 + antall pasienter avsluttet behandling 2003 + antall døde pasienter 2003

\*\*2003 Mangler alle besvarelser fra Bærum (135 pasienter)

## 4 Demografiske data

### 4.1 Alders- og kjønnsfordeling

Tabell 2 viser at mellom en tredel og en firedel av pasientene er kvinner. Gjennomsnittsalderen er 39 år. Det er liten endring fra 2002 til 2003 og liten forskjell mellom regionene bortsett fra noe lavere andel kvinner i Helseregion Vest og Helseregion Sør. Den fylkesvise fordelingen viser liten variasjon (se appendiks).

**Tabell 2. Alders- og kjønnsfordeling**

	Andel kvinner, i prosent		Alder (gjennomsnitt), i år	
	2003	2002	2003	2002
<b>NORGE</b>	31	32	38	39
<b>Øst</b>	34	35	40	40
<b>Sør</b>	28	27	38	38
<b>Vest</b>	26	27	37	38
<b>M/Nord</b>	34	36	39	39

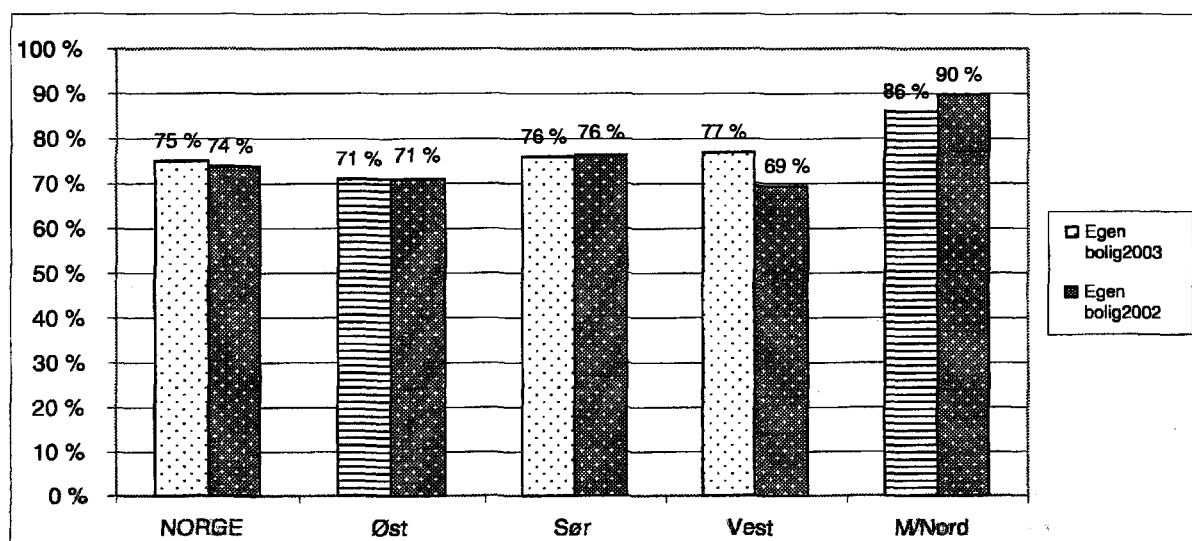
## 5 Livssituasjon

### 5.1 Bolig

Spørreskjemaet har svarkategoriene ingen bolig, hospits, institusjon, fengsel, hos foreldre, hos andre, egen eiet eller leiet bolig, annet og ukjent. Vi har her valg ut andel med egen leiet eller eiet bolig som indikator på tilfredsstillende bosituasjon.

Figur 1 viser at ca. 75 % av pasientene hadde egen bolig i 2003. Dette var nærmest uendret fra 2002. Helseregion Midt-/Nord-Norge har nedgang i andel med egen bolig, mens Helseregion Vest, som lå lavest i 2002, var kommet over gjennomsnittet i 2003. Statistisk beregning viser at det er en signifikant forskjell mellom en lavere andel i Helseregion Øst og en høyere andel i Midt-/Nord-Norge i forhold til prosentandelen i Norge (se figur 1, skravert kolonne).

**Figur 1. Andel pasienter med egen bolig i 2002 og 2003, i landet og regionene. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



Fylkesvis inndeling viser at de fylkene som lå over landsgjennomsnittet, var Rogaland med 83 % i egen bolig, Oppland med 92 %, Hedmark med 85 %, Østfold med 84 % og Vestfold 88 med %. Helseregion Midt-/Nord-Norge og fylkene Oppland, Østfold og Vestfold skilte seg

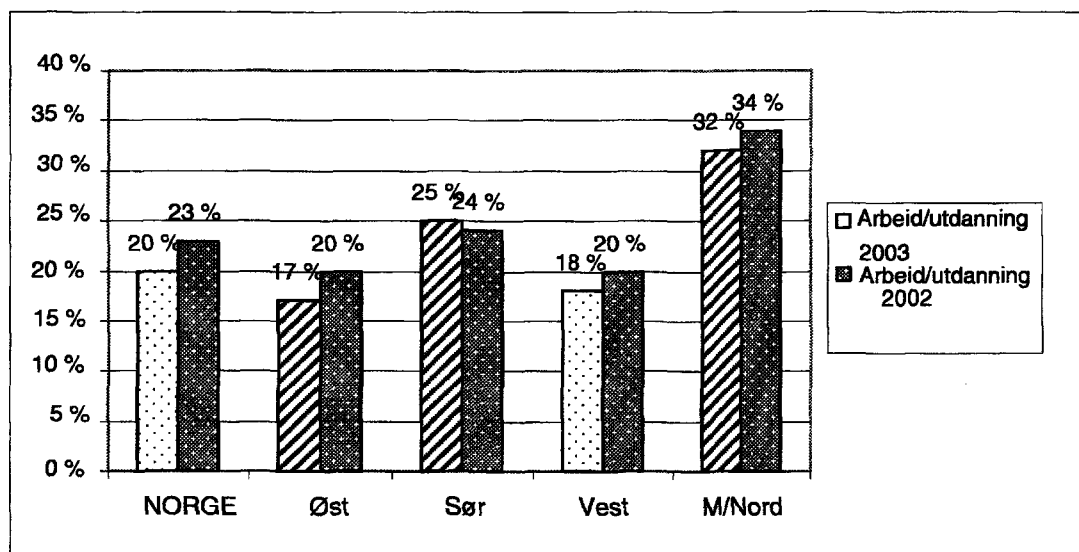
signifikant fra prosentandelen i landet. Lavest ligger Oslo der 62 % har egen bolig, klart signifikant lavere enn i landet for øvrig. I Oslo var 22 % på institusjon eller bodde i hospits. Se appendiks for fylkesoversikter.

## 5.2 Yrkesrettet beskjeftigelse

Beskjeftigelse er vurdert etter yrkesstatus, deltakelse i arbeidstreningskurs, dagtilbud og fast fritidsaktivitet. Vi har her valgt ut yrkesstatus. Kategoriene er uten beskjeftigelse, heltidsarbeid, deltidsarbeid, under utdanning, i deltidsarbeid og utdanning. Vi har slått sammen de som var i hel- eller deltidsarbeid og de som var i utdanning til en gruppe med yrkesrettet beskjeftigelse som indikator på yrkesmessig rehabilitering.

Figur 2 viser at 20 % hadde en yrkesrettet beskjeftigelse i 2003 (figur 2), en nedgang på tre prosentpoeng fra 2002. Region Midt-/Nord-Norge har en klart høyere andel på 32 %. Det er en signifikant lavere andel i Helseregion Øst, og en signifikant høyere andel i Helseregion Sør og Helseregion Midt-/Nord-Norge.

Figur 2. Andel i yrkesrettet beskjeftigelse i landet og i regionene



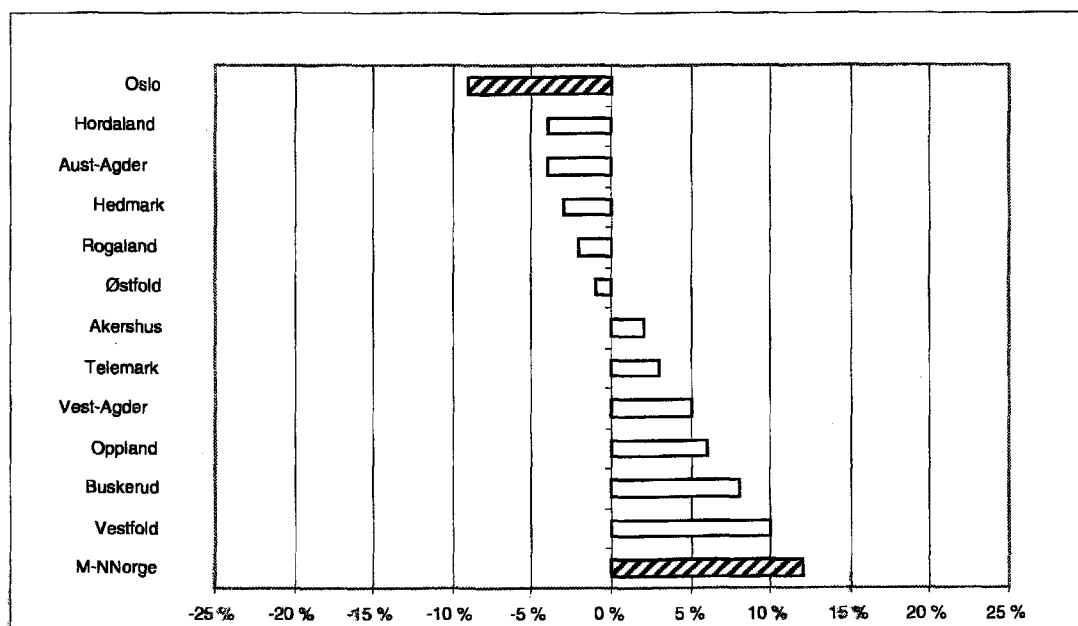
I tabell 3 er fylkene rangert etter høy og lav andel i arbeid eller utdanning. De bydominerte fylkene Oslo og Hordaland ligger klart lavest, mens summen av fylkene i Midt- og Nord-Norge ligger høyest. For øvrig er det liten sammenheng mellom region og resultat.

**Tabell 3. Andel i yrkesrettet beskjeftigelse i landet og i fylkene**

	Andel med arbeid/utdanning, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
M-NNorge <i>n=175</i>	34	12	1
Vestfold <i>n=76</i>	32	10	0
Buskerud <i>n=135</i>	30	8	1
Oppland <i>n=75</i>	28	6	3
Vest-Agder <i>n=173</i>	27	5	1
Telemark <i>n=135</i>	25	3	0
Akershus <i>n=135</i>	24	2	1
Norge <i>n=2168</i>	22	0	1
Østfold <i>n=138</i>	21	-1	1
Rogaland <i>n=168</i>	20	-2	1
Hedmark <i>n=89</i>	19	-3	0
Aust-Agder <i>n=73</i>	18	-4	0
Hordaland <i>n=228</i>	18	-4	0
Oslo <i>n=593</i>	13	-9	1

Samlet peker resultatene mot at andelen som kommer i lønnsarbeid, er beskjeden. Sett i relasjon til at målgruppen oftest har hatt et langvarig livsløp utenfor arbeidsmarkedet, er det likevel et akseptabelt nivå. Mange har aldri hatt fast arbeid, enn si noen arbeid i det hele tatt, i en alder av nær 40 år.

**Figur 3. Andel i arbeid/utdanning i fylkene, vist som avvik i % poeng av totalandel fra Norge. Andel i Norge er 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



Det tydeligste mønsteret er en lav andel i yrkesrettet beskjeftigelse i Oslo og en klart høyere andel i Midt-/Nord-Norge. Oslo ligger signifikant under og Midt-/Nord-Norge signifikant over andel i landet.

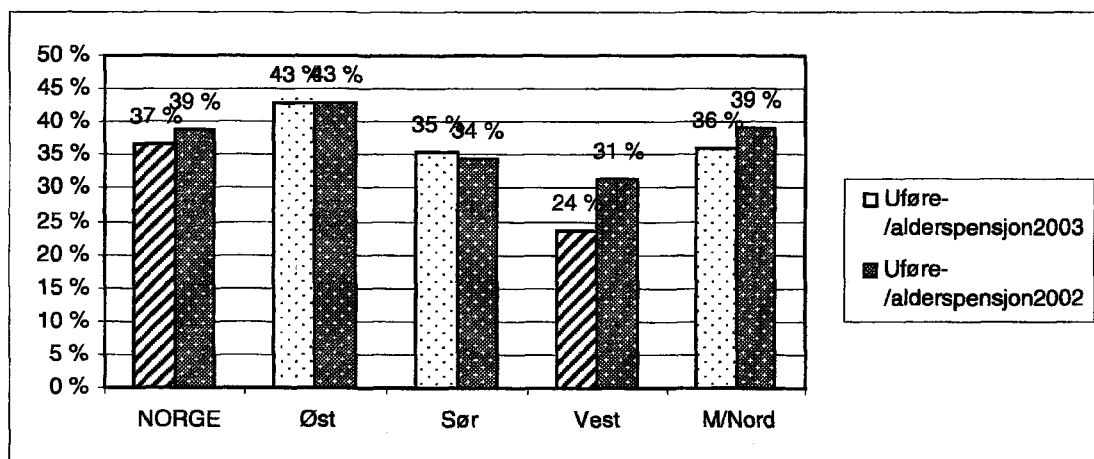
### 5.3 Inntekt

Inntektsforholdene er undersøkt med spørsmål om "viktigste inntektskilde". Svarkategoriene er forsørget av andre, arbeidsinntekt, studielån/stipend, dagpenger, sykepenger, attføring/rehabilitering, uføre-/alderspensjon, stønad som enslig forsørger og sosialhjelp. Vi har valgt ut kategoriene uføre-/alderspensjon som indikator på en gruppe med høy sykkelighet og svekket funksjon, og gruppen med sosialstøtte som indikator på en gruppe hvor inntektsforholdene er lite avklart. Gruppen med lønn som viktigste inntekt var liten (6 %) uten noen tydelige geografiske variasjoner.

Landsgjennomsnittet for andel med uføre-/alderspensjon er 37 % (figur 4). Det er signifikant høyere andel i Helseregion Øst og lavere andel i Helseregion Vest sett i forhold til andelen i landet.

Ved fylkesrangeringen ses lavest andel i Rogaland og høyest andel i Aust-Agder og Hedmark (tabell 4/figur 5). Oslo har også en høy andel, mens Helseregion Midt- og Nord-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet.

**Figur 4. Andel med uføre- eller alderspensjon; i landet og i regionene. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**

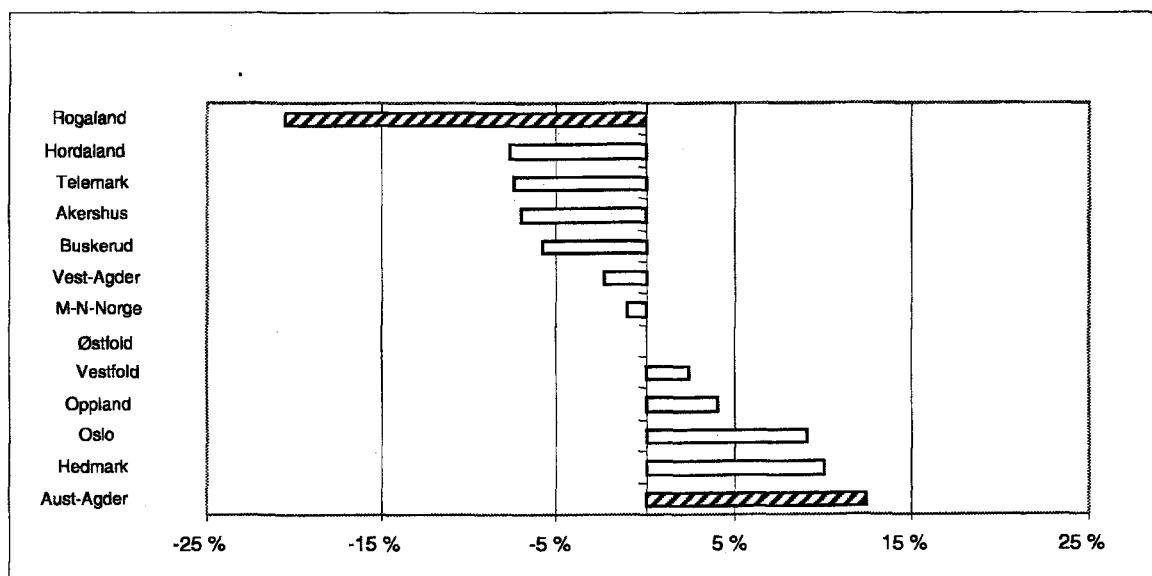




**Tabell 4. Andel trygdede i landet og i fylkene**

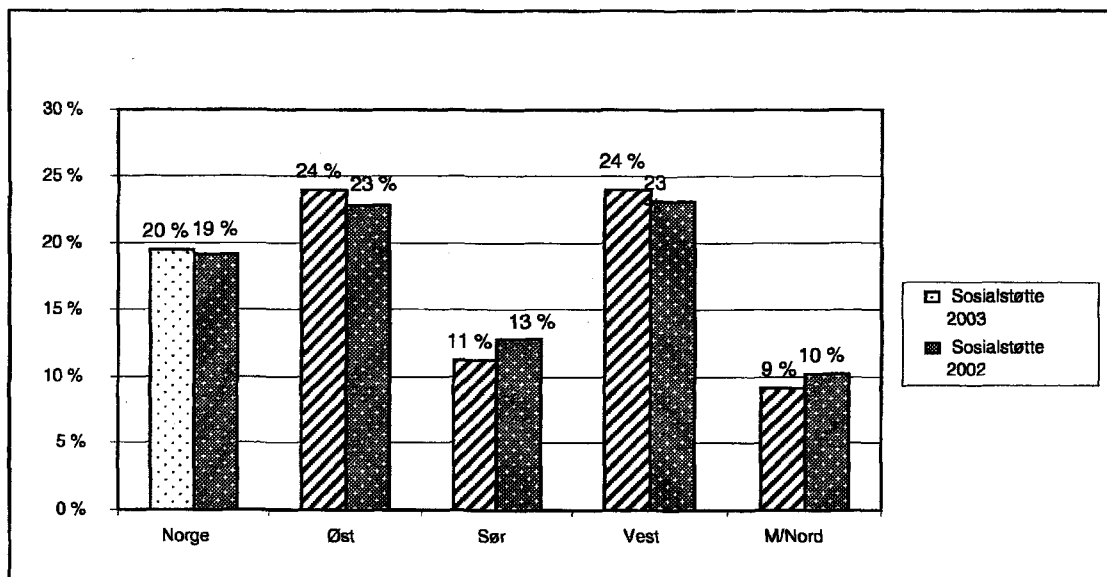
	Andel med ufø- /alderspensjon, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Aust-Agder <i>n=73</i>	49	12	1
Hedmark <i>n=89</i>	47	10	0
Oslo <i>n=593</i>	46	9	1
Oppland <i>n=75</i>	41	4	0
Vestfold <i>n=76</i>	39	2	1
Østfold <i>n=138</i>	37	0	0
Norge <i>n=2168</i>	37	0	2
M-NNorge <i>n=175</i>	36	-1	0
Vest-Agder <i>n=173</i>	35	-2	1
Buskerud <i>n=135</i>	31	-6	1
Akershus <i>n=135</i>	30	-7	0
Telemark <i>n=135</i>	30	-7	0
Hordaland <i>n=228</i>	29	-8	6
Rogaland <i>n=168</i>	16	-21	2

**Figur 5. Andel trygdede, Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



Når det gjelder andelen som har sosialstøtte som viktigste inntekt, viser figur 6 liten forandring fra 2002 til 2003. Det er derimot store forskjeller mellom regionene. Helseregion Øst og Helseregion Vest har signifikant flere med sosialstøtte og Sør og Midt-/Nord-Norge har færre.

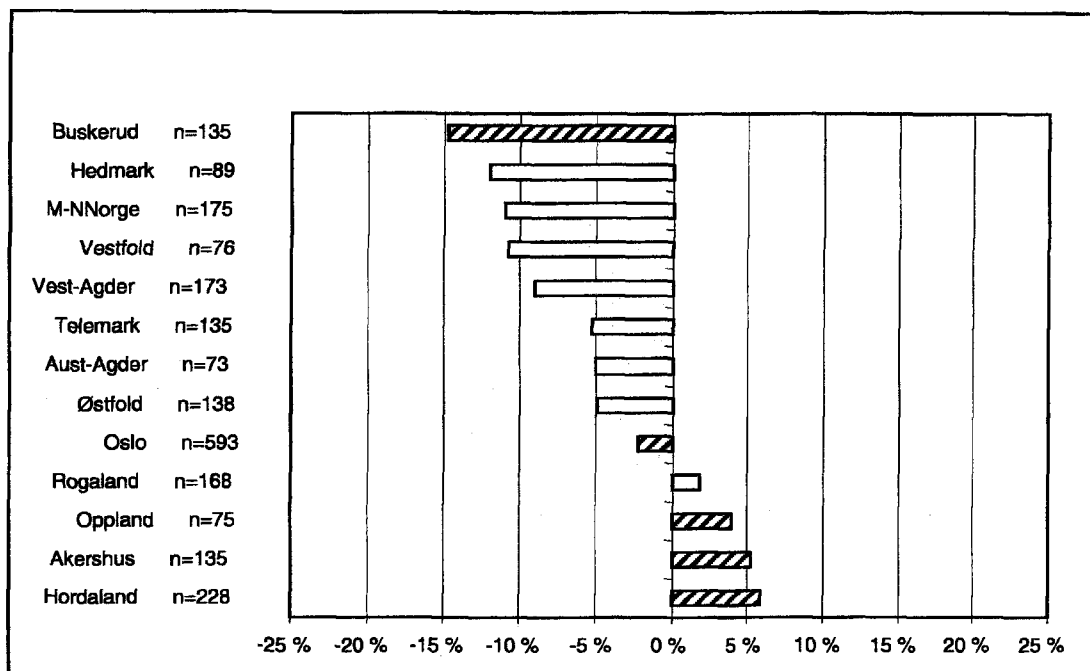
**Figur 6. Andel med sosialstøtte i landet og i regionene. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



**Tabell 5. Andel pasienter med sosialstøtte, landsgjennomsnitt og fylkesnivå**

	Andel med sosialstøtte, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Hordaland <i>n</i> =228	26	6	6
Akershus <i>n</i> =135	25	5	2
Oppland <i>n</i> =75	24	4	1
Rogaland <i>n</i> =168	22	2	2
Norge <i>n</i> =2168	20	0	2
Oslo <i>n</i> =593	18	-2	2
Østfold <i>n</i> =138	15	-5	0
Aust-Agder <i>n</i> =73	15	-5	1
Telemark <i>n</i> =135	15	-5	2
Vest-Agder <i>n</i> =173	11	-9	3
Vestfold <i>n</i> =76	9	-11	1
M-NNorge <i>n</i> =175	9	-11	0
Hedmark <i>n</i> =89	8	-12	0
Buskerud <i>n</i> =135	5	-15	2

**Figur 7. Andel pasienter med sosialstøtte vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



Tabell 5 og figur 6 viser at det er store forskjeller mellom fylkene. Om vi holder oss til signifikante forskjeller, ser vi at Buskerud og Oslo har tydelig lavere og Oppland, Akershus og Hordaland har særlig høyt antall pasienter med sosialstøtte som sentral inntektsform.

Sammenholder vi mønstre for andel med trygd og andel med sosial støtte som viktigste inntekt, ser vi en tendens til at fylker med lav andel pasienter med trygd har høy andel pasienter med sosial støtte og omvendt. Dette vil i så fall peke mot en gruppe med lavt rehabiliteringspotensial.

## 6 Medikamentvalg og kontrollordninger

På dette området undersøkes det hvilket medikament pasienten ble behandlet med på undersøkelsestidspunktet, doseringsnivå, utleveringsordninger og hvem som var forskrivende lege. Videre undersøkes kontrollordningene og hvilken psykososial oppfølging pasienten hadde hatt de siste fire ukene før undersøkelsen.

### 6.1 Medikamentvalg

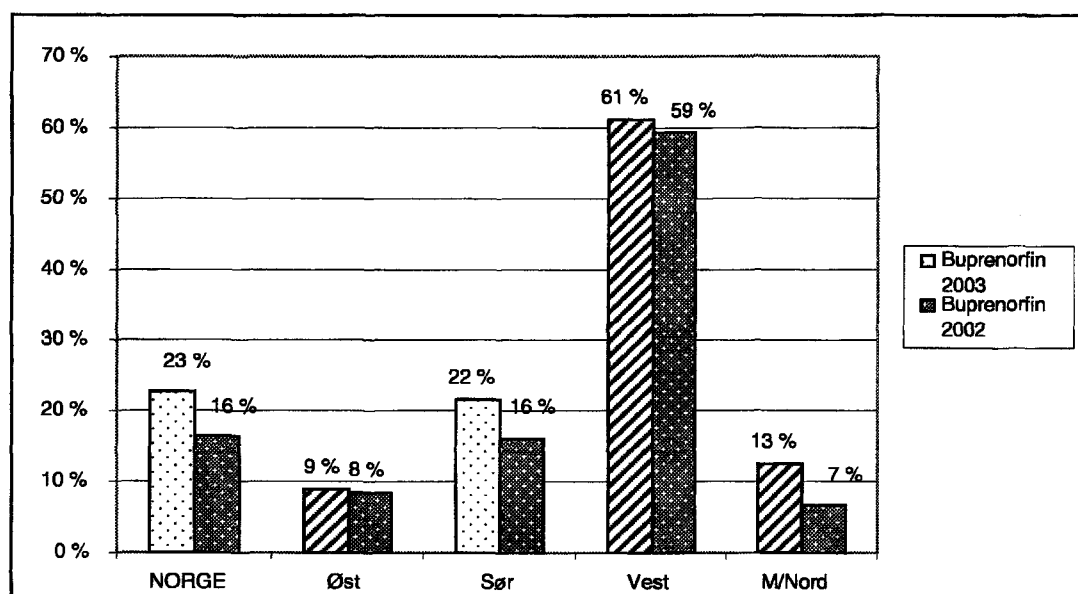
De godkjente midlene til bruk i legemiddellassistert rehabilitering er metadon og høydose buprenorfin, Subutex®. Tabell 5 viser en oversikt over forskrivningsmønsteret høsten 2002 og 2003.

**Tabell 5. Oversikt over hvilket medikament som var valgt i 2002 og 2003, andel i landet og i regionene**

	NORGE, %	Øst, %	Sør, %	Vest, %	M/Nord, %
Metadon 2003	76	89	78	38	87
Buprenorfin 2003	23	9	22	61	13
Metadon 2002	82	89	83	41	92
Buprenorfin 2002	16	8	16	59	7

Vi ser at mer enn tre firedeler av pasientene ble behandlet med metadon, men vi ser også at bruken av buprenorfin øker. Det er en betydelig regional forskjell idet Buprenorfin brukes vesentlig mer i Helseregion Vest. Dette er illustrert i figur 6.

**Figur 6. Oversikt over regional forskrivning av buprenorfin. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



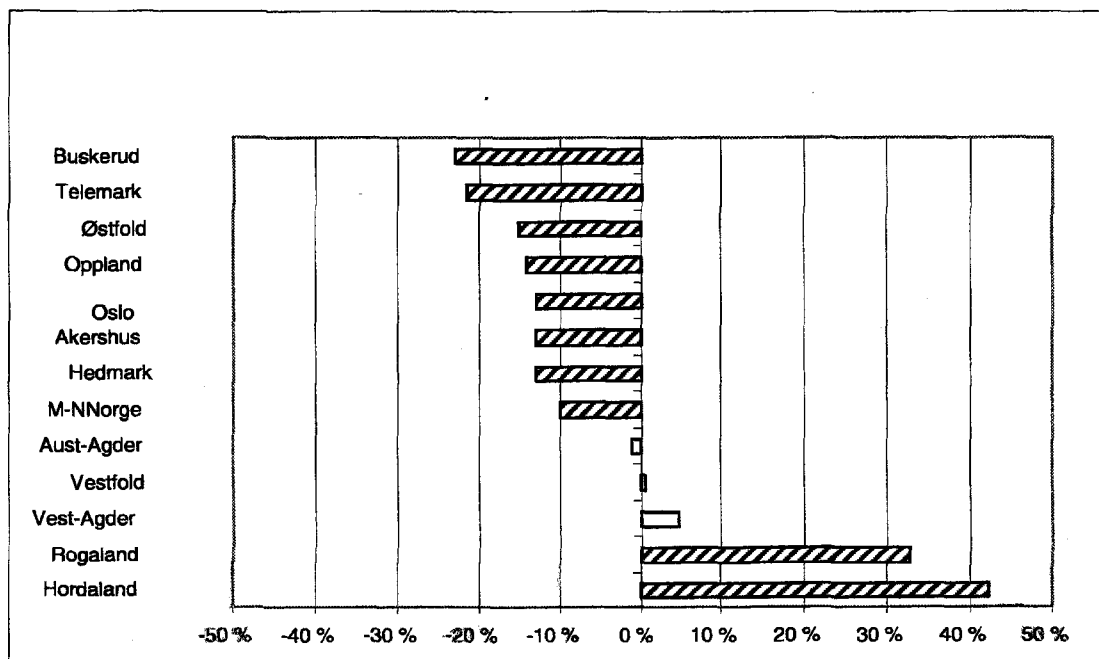
Det er en signifikant forskjell mellom Norge og regionene Øst og Sør, som har lavere andel med buprenorfin, og en forventet signifikant forskjell mellom region Midt-/Nord-Norge.

Den fylkesvise fordelingen viser forskjellen enda klarere (tabell 6 og figur 7). På landsbasis behandles litt under hver fjerde pasient med buprenorfin og i Hordaland og Rogaland mer enn halvdel. I det andre ytterpunktet finner vi Buskerud og Telemark, hvor buprenorfin nesten ikke brukes.

**Tabell 6. Andel som behandles med buprenorfin i landet og i hvert fylke.**

	Andel med buprenorfin, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Hordaland <i>n=228</i>	65	42	0
Rogaland <i>n=168</i>	56	33	2
Vest-Agder <i>n=173</i>	28	5	0
Vestfold <i>n=76</i>	24	1	0
Norge <i>n=2168</i>	23	0	1
Aust-Agder <i>n=73</i>	22	-1	0
M-NNorge <i>n=175</i>	13	-10	0
Hedmark <i>n=89</i>	10	-13	2
Akershus <i>n=135</i>	10	-13	1
Oslo <i>n=593</i>	10	-13	1
Oppland <i>n=75</i>	9	-14	1
Østfold <i>n=138</i>	8	-15	1
Telemark <i>n=135</i>	1	-22	2
Buskerud <i>n=135</i>	0	-23	2

**Figur 7. Andel pasienter med buprenorfinbehandling Fylkesforskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel i Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



Forskjellene er i stor grad historisk begrunnet. Helseregion Vest hadde et større forsøksprosjekt hvor buprenorfin ble tatt i bruk som førstevalg med forskrivning av fastleger.

Dette synes å ha ført til en sedvane for valg av buprenorfin. Forskjellene er klart signifikante, se skraverte kolonner på figuren.

## 6.2 Medikamentdoser

Den vanligst internasjonalt anbefalte dosering av metadon ligger i nivået 80–130 mg/dag. Det anbefalte nivået har økt i forhold til tidligere. Lave doseringer gir svakere resultater, mens det er spørsmål om høyere doseringer kan gi mer komplikasjoner og eventuelt bidra til lekkasje til illegalt marked.

Undersøkelsen gir opplysninger om gjennomsnittlige doseringer, men ikke om maksimal eller minimal dosering. Tabell 7 viser at vi i Norge doserer i øvre del av det anbefalte området. Vi ser også at doseringen på landsbasis er tilnærmet uendret, mens det har vært en økning fra 2002 til 2003 i Helseregion Midt-/Nord-Norge som fra før av ligger høyest. Helseregion Vest og Helseregion Øst har en liten nedgang, mens det ikke er noen endring i Helseregion sør.

Disse observasjonene må tas med betydelig forbehold. Gjennomgangen av statusskjemabesvarelsene viste at det var relativt mange feil i forhold til angivelse av doser.

Anbefalingene for dosering av buprenorfin har også endret seg. I de første publikasjonene ble det anbefalt et doseringsnivå på 8 mg. Dette er senere endret til 16 mg. På grunn av den såkalte tak-effekten, ble det antatt at videre økning ikke ga tillegg i effekt. Dette er det i dag mindre enighet om, og enkelte steder anbefales i dag økning til 24 mg, av og til enda høyere. 16 mg anses vanligvis som likeverdig med 100 mg metadon.

Tabell 7 viser at doseringsnivået for buprenorfindoser har økt på landsbasis. Årsaken er først og fremst økt nivå i Helseregion Sør. Det er også en liten økning i Helseregion Midt-/Nord-Norge. I Helseregion Øst og Helseregion Vest er doseringen nokså uendret. Se tabell 7.

**Tabell 7. Doseringsnivåer for metadon- og buprenorfin, lgjennomsnitt i landet og i regionene nivå.**

	NORGE	Øst	Sør	Vest	M/Nord
Metadon i mg, 2003	112	110	113	91	139
Metadon i mg, 2002	114	118	112	95	133
Buprenorfin i mg, 2003	20	16	22	15	25
Buprenorfin i mg, 2002	17	16	15	16	22

Det er vanskelig å se noen spesiell grunn til forskjellen. Tendensen ser ut til å være at der hvor en velger høy dosering av metadon, er det også en tendens til å dosere buprenorfin høyere.

## 6.3 Forskrivende lege

Legemiddelassistert rehabilitering er bygget opp noe ulikt i regionene. I de fleste områdene har LAR-sentrene egne leger som forskriver medikamentet til pasienten er stabilisert. Etter dette er det meningen at hele behandlingen skal overføres til et behandlingsteam med fastlegen som foreskrivende lege, og ansvarsgruppe sammen med sosialsenteret. I noen

områder er det imidlertid ikke egne LAR-leger. Medikamentet forskrives fra første dag av fastlege etter at selve behandlingen og planleggingen av den er godkjent av LAR-senteret.

**Tabell 8. Oversikt over forskrivende instans i LAR-tiltakene; andel i landet og i regionene.**

	Lege i LAR-tiltak, i %		Fastlege, i %	
	2003	2002	2003	2002
<b>NORGE</b>	50	50	48	47
<b>Øst</b>	46	48	50	49
<b>Sør</b>	38	38	60	60
<b>Vest</b>	89	97	11	2
<b>M/Nord</b>	17	39	82	60

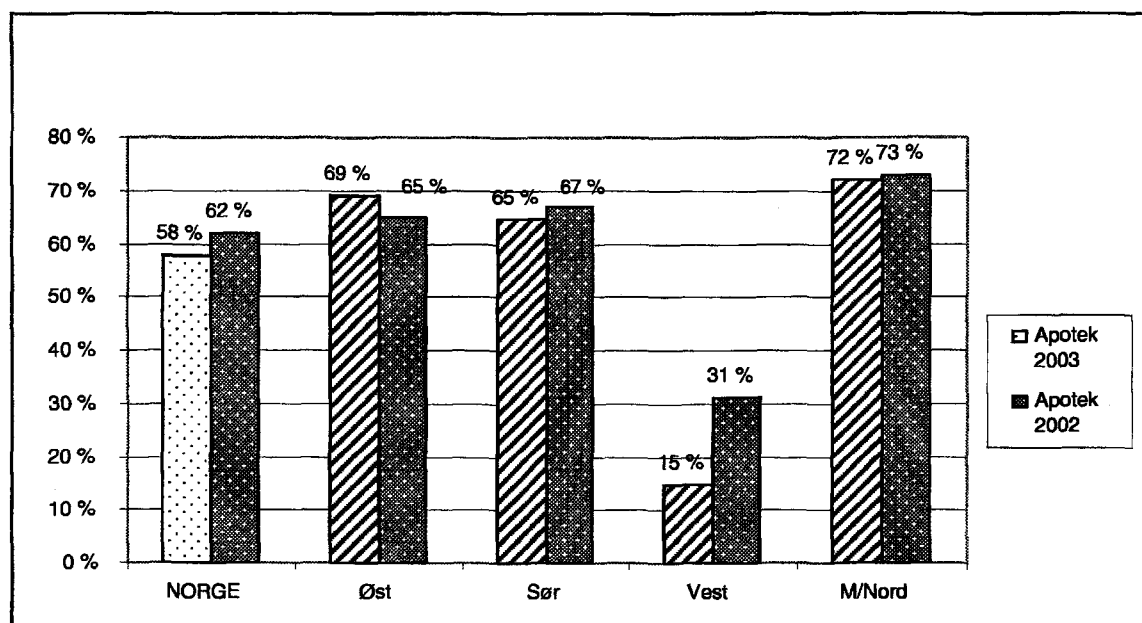
Tabell 8 viser en oversikt. Vi ser halvdelen av pasientene i landet fikk forskrevet sin medikasjon fra LAR-lege både i 2002 og i 2003. I Helseregion Vest var det imidlertid en klar økning av forskrivning hos fastlege. Dette var enda mer uttalt i Midt-/Nord-Norge. Dette har ikke slått ut i landsoversikten fordi det har vært balanserende endringer i forskrivning fra kategorien andre, som svarer til "legevakt", psykiatrisk instans og "ukjent".

#### **6.4 Hvor utleveres medikamentet og hvor ofte skjer det?**

Medikamentene som brukes i LAR, er avhengighetsskapende morfinstoffer. Den enkelte kan ha vanskelig for å styre bruken konstruktivt, og det er dessuten fare for salg av preparatet og for formidling til personer som ikke er tilvendt bruken. De fleste behandlingstilbud bygger derfor på at medikamentet utleveres daglig under tilsyn. Det kan imidlertid føre til kapasitetsproblemer og lange reiseveier dersom utleveringen skal skje ved sentre eller spesielle sentraler. Det er derfor en økende tendens til at medikamentet utleveres og inntas i apotek eller andre lokale instanser.

Figur 8 viser en oversikt over hvor utleveringene finner sted. Vi ser at det dominerende utleveringssted er apoteket, men vi ser også at det er betydelige regionale variasjoner. Apotekene brukes vesentlig mindre i Helseregion Vest enn i landet for øvrig. Det er en svak reduksjon i andel apotekutleveringer. Dette har i all hovedsak sammenheng med utviklingen i Helseregion Vest.

**Figur 8. Andel pasienter som får medikamentet utlevert i apotek; nasjonalt og i regionene. Signifikante forskjeller fra andel i landet vist ved skravert kolonne.**



**Tabell 10. Andel av pasientene som får medikamentet utlevert i apotek, i landet og i hvert fylke.**

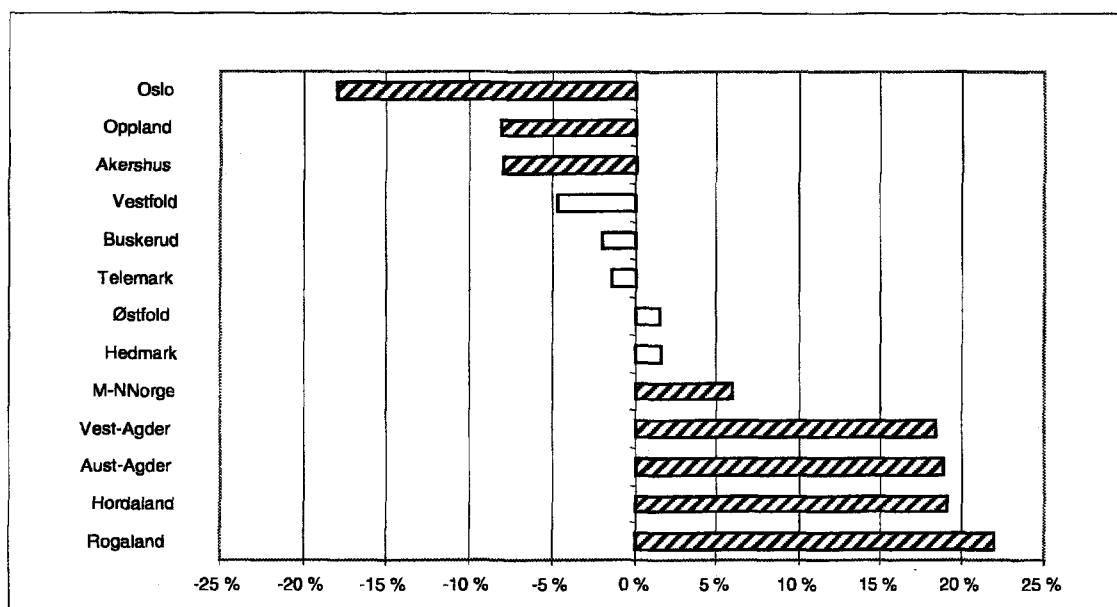
	Utleveringssted ved apotek, %	Prosent poeng avvik ifra totalandel	Ukjent, %
Akershus n=135	87	29	2
Østfold n=138	86	28	3
Hedmark n=89	78	20	2
Telemark n=135	77	19	0
M-NNorge n=175	72	14	1
Buskerud n=135	70	12	0
Oppland n=75	68	10	3
Vestfold n=76	61	3	0
Aust-Agder n=73	60	2	0
Oslo n=593	60	2	2
Norge n=2168	58	0	1
Vest-Agder n=173	55	-3	0
Hordaland n=228	24	-34	0
Rogaland n=168	4	-54	0



**Tabell 13. Andel som avgir minst en urinprøve i uken (regelmessig prøvetaking)**

	Andel med regelmessige urinprøver, %	Prosent poeng avvik ifra totalandel	Ukjent, %
Hordaland <i>n</i> =228	96	19	0
Aust-Agder <i>n</i> =73	96	19	0
Vest-Agder <i>n</i> =173	95	18	0
M-NNorge <i>n</i> =175	83	6	1
Hedmark <i>n</i> =89	79	2	0
Østfold <i>n</i> =138	79	2	0
<b>Norge</b> <i>n</i> =2168	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Telemark <i>n</i> =135	76	-1	2
Buskerud <i>n</i> =135	75	-2	0
Vestfold <i>n</i> =76	72	-5	0
Akershus <i>n</i> =135	69	-8	3
Oppland <i>n</i> =75	69	-8	3
Oslo <i>n</i> =593	59	-18	0
Rogaland <i>n</i> =168	0	-77	0

**Figur 9. Andel som avgir minst en urinprøve (regelmessig prøvetaking). Fylkesforskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel i Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



LAR Rogaland ikke har besvart dette spørsmålet i 2003. Fylkesvis oversikt viser at fylker som Hordaland, Aust- og Vest-Agder tar regelmessige prøver av nesten alle pasienter, mens det er klart færre prøver i fylkene Oslo, Oppland og Akershus. Begge grupper skiller seg signifikant fra praksis i Norge.

## 7 Psykososial behandling – kontakt med behandlerne siste fire uker

LAR i Norge er etter sin målsetting først og fremst en psykososial tiltaksform hvor medikamentene skal brukes for å gjøre det mulig å arbeide med pasientens psykososiale tilpasning. Målet er et liv i egen bolig med tilfredsstillende livskvalitet, eventuelt med fast arbeid, en tilværelse uten rusmiddelbruk og utenfor rusmiddelbrukende miljøer med et nettverk som domineres av slekt og venner uten rusmiddelproblemer. Dette arbeidet skal forankres i en tiltaksplan som bygger på lokalt samarbeid i kommunen med veiledning og rådgivning, eventuelt spesialistbehandling etter den enkeltes behov. Det er ikke noen spesiell mal for hvilke profesjonelle kontakter en pasient bør ha. Grunnlaget er at lege og sosialkonsulent fra sossialsenteret skal være hjørnesteinene i en oppfølging forankret i ansvarsgrupper.

Statusundersøkelsen viser hvilke kontakter pasienten konkret har hatt de siste 30 dagene før registreringene. Tabell 14 gir en oversikt, men sier ikke noe om frekvensen av kontaktene eller kvaliteten på dem.

Tabellen viser et stabilt bilde fra 2002 til 2003. Noe over halvdelene har hatt kontakt med sin sosialkonsulent siste fire uker, og omtrent det samme antallet har hatt møter i ansvarsgruppen. Dette antyder at ansvarsgruppen er et sentralt instrument. Noe færre har hatt kontakt med LAR-konsulent og enda færre med LAR-legen.

Vi ser imidlertid også at det er betydelige regionale forskjeller. I Helseregion Midt- og Nord-Norge har en vesentlig høyere andel hatt kontakt med sosialtjenesten og med LAR-konsulent enn i de øvrige regionene. Bruken av ansvarsgrupper ser på den annen side ut til å være noe lavere i denne regionen. Kontakten med LAR-legen er absolutt sett lavest i Helseregion Vest. Dette er et påfallende trekk, siden tabell 8 viser at nesten all LAR-forskrivning skjer fra LAR-senteret og ikke fra fastlegen. I Helseregion Vest er det en klar økning i kontakt med sosialkonsulent, fra 38 % til 60 %, og en økning i antall pasienter med ansvarsgruppe. I Helseregion Sør er det en økning på 10 % i antall pasienter som har kontakt med LAR-konsulent, og en liten økning i antall i kontakt med LAR-lege.

**Tabell 14. Andel som har hatt minst en kontakt med de sentrale behandlingskontaktene siste 30 dager i landet og i fylkene**

	LAR- konsulent		Sosial-konsulent		Ansvars-gruppe		LAR-lege	
	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %
<b>Øst</b>	40	37	53	52	52	51	39	36
<b>Sør</b>	37	27	46	45	69	68	41	36
<b>Vest</b>	32	31	60	38	51	43	7	7
<b>M/Nord</b>	81	84	87	81	37	42	61	58
<b>NORGE</b>	41	38	55	51	55	53	35	34

## 7.1 Kontakt med LAR-konsulent

Vi har sett nærmere på rapporteringen fra de enkelte fylkene i forhold til hver form for kontakt. Tabell 15 og figur 10 viser kontakten mellom pasienten og deres LAR-konsulent. Vi ser at det er svært store variasjoner.

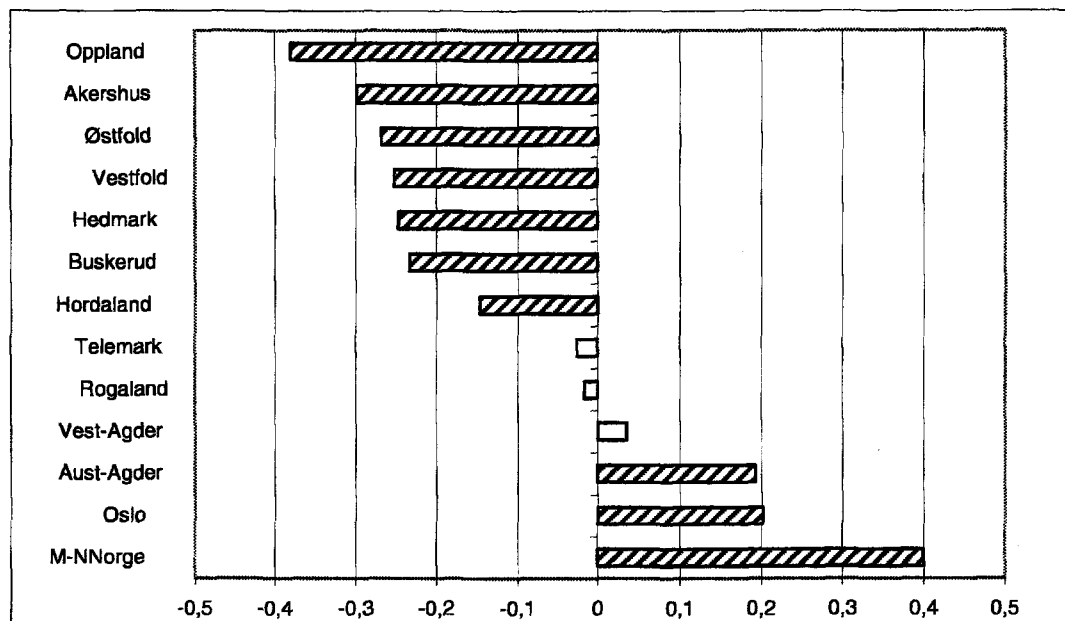
Høyest andel med slik kontakt finner vi i Helseregion Midt- og Nord-Norge, hvor andelen er det dobbelte av landsgjennomsnittet. Aust-Agder og Oslo ligger også høyt. I den andre enden finner vi fylkene utenom Oslo i Helseregion Øst. Behandlingen i disse fylkene er lagt opp som et samarbeid mellom spesialisert rustjeneste og kommunale sosialkontorer og fastlegen. Det foregår veiledning og noen grad av oppfølging fra senteret i Oslo, men egentlig LAR-konsulent i LAR-senter er lite ikke tilgjengelig.

Dette viser at behandlingen i disse fylkene kan vurderes i forhold til høy grad av desentralisering og lite bruk av spesialiserte LAR-ressurser. Svarkategoriene oppleves til dels som vanskelige og andelen "ukjent" er høy både i Akershus, Østfold og Oppland. Hedmark har hatt et eget fylkeskommunalt finansiert LAR-team og likner derfor mer på fylkene i Vestfold, Buskerud og Telemark, som har hatt liknende team men med statsfinansiering.

**Tabell 15. Andel som har hatt kontakt med LAR-konsulent siste 4 uker**

	Andel i kontakt med LAR - konsulent, %	Prosent poeng avvik ifra landsandel	Ukjent, %
M-NNorge <i>n=175</i>	81	40	2
Oslo <i>n=593</i>	61	20	5
Aust-Agder <i>n=73</i>	60	19	0
Vest-Agder <i>n=173</i>	45	4	0
Norge <i>n=2167</i>	41	0	6
Rogaland <i>n=168</i>	39	-2	0
Telemark <i>n=135</i>	39	-2	1
Hordaland <i>n=228</i>	26	-15	0
Buskerud <i>n=135</i>	18	-23	0
Hedmark <i>n=89</i>	16	-25	7
Vestfold <i>n=76</i>	16	-25	0
Østfold <i>n=138</i>	14	-27	10
Akershus <i>n=135</i>	11	-30	39
Oppland <i>n=75</i>	3	-38	20

**Figur 10. Andel som har hatt kontakt med LAR-konsulent siste 4 uker. Fylkesforskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



## 7.2 Kontakt med sosialkonsulent

Behandlingen søkes gjennom sossialsenteret. Etter strukturen og vanlig arbeidsfordeling skal langsiktig rehabiliteringsarbeid være forankret i det lokale sossialsenter. Det er også vanlig at ansvarsgruppearbeidet ledes av sossialsenterets deltaker.

Tabell 16, figur 11 viser hvor vanlig det er at dette har ført til minst én kontakt med sossialsenteret siste uke. Vi ser at noe over halvdelten har hatt slik kontakt. Dette er noe hyppigere, men ikke mye hyppigere enn kontakten med LAR-konsulenten.

Vi ser også at det er betydelige forskjeller. Det er igjen senteret som betjener fylkene i Midt- og Nord-Norge som rapporterer om høyest andel med sossialsenterkontakt. I dette området er det altså både høy andel med kontakt med LAR-konsulent og med sosialkonsulent fra sossialsenteret. Noe av det samme finner vi i Aust-Agder.

Et annet tydelig trekk er at fylkene utenom Oslo i Helseregion Øst alle beskriver en høy andel med sossialsenterkontakt. Dette er de fylkene som rapporterte lav kontakt mellom LAR-konsulent og pasient. Dette er altså fylker som ser ut til å satse mye på sossialsentrene i LAR-arbeidet.

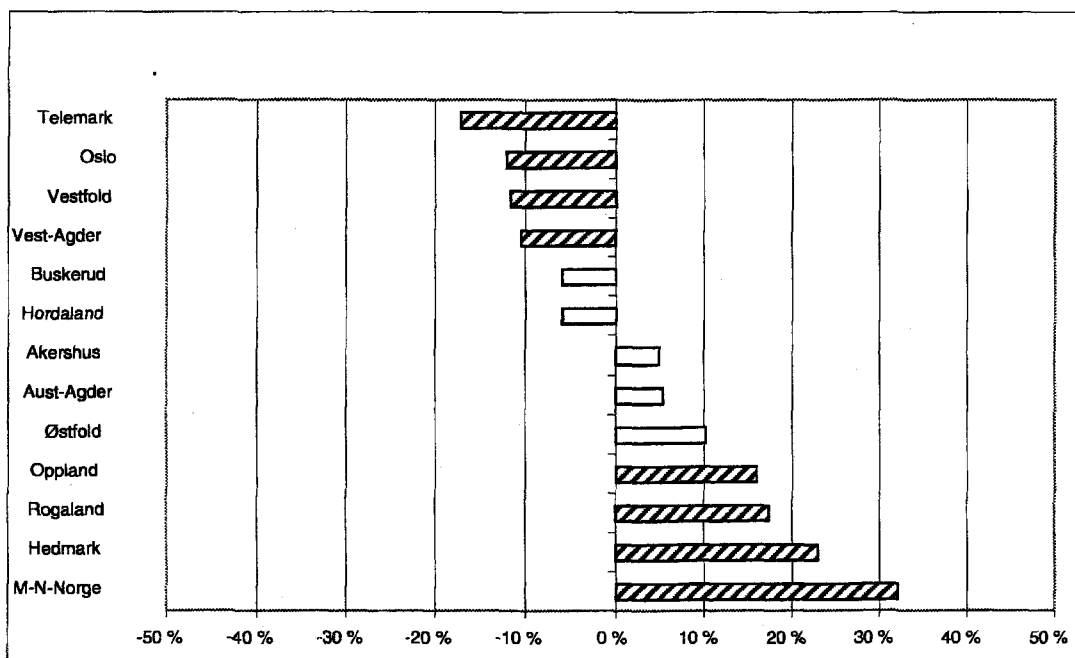
Det er videre et tydelig trekk at Oslo rapporterer om nokså lav andel med sossialsenterkontakt, mens kontakten med LAR-konsulent ble beskrevet som høy. Dette er altså sentre hvor sossialsenterets deltakelse og forpliktelse kan se ut som lav. Trefylkesamarbeidet mellom Vestfold, Telemark og Buskerud, med egne LAR-team, ser også ut til å rapportere om relativt lav kontakt med sossialsentrene.

Det er imidlertid et påfallende trekk at rapportene viser at det i betydelig grad er ukjent om pasienten har hatt kontakt med sossialsenteret. Dette gjelder særlig Akershus, Hordaland, Buskerud og Oslo. Dette gjør tolkningen av funnene usikre.

**Tabell 16 Andel med kontakt med sosialkonsulent siste 4 uker; landsgjennomsnitt og fylkesfordeling**

	Andel i kontakt med sosialkonsulent, %	Prosent poeng avvik ifra landsandel	Ukjent, %
M-NNorge n=175	87	32	3
Hedmark n=89	78	23	2
Rogaland n=168	72	17	6
Oppland n=75	71	16	5
Østfold n=138	65	10	4
Aust-Agder n=73	60	5	0
Akershus n=135	60	5	23
Norge n=2168	55	0	11
Hordaland n=228	49	-6	19
Buskerud n=135	49	-6	11
Vest-Agder n=173	45	-10	0
Vestfold n=76	43	-12	3
Oslo n=593	43	-12	19
Telemark n=135	38	-17	8

**Figur 11 Andel i kontakt med sosialkonsulent siste 4 uker, fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



### 7.3 Ansvarsgrupper

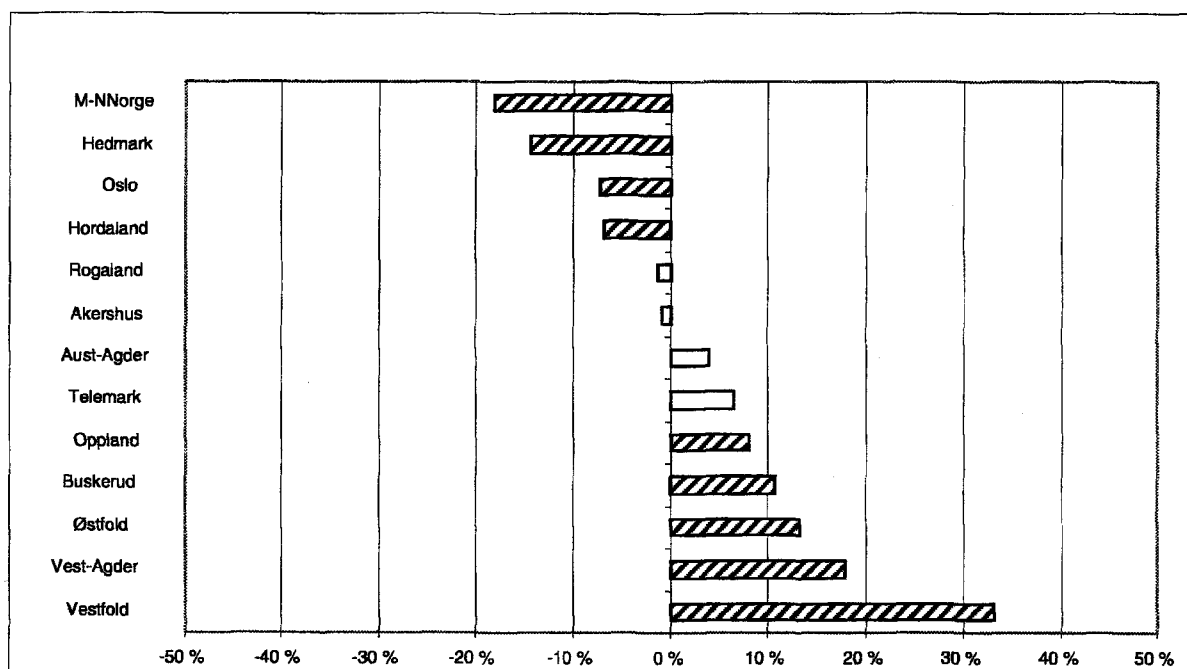
Ansvarsgrupper er blitt et sentralt virkemiddel innen sosialsektoren og i samarbeidet mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester når det gjelder sammensatte

rehabiliteringsoppgaver. I forhold til LAR står ansvarsgruppene sentralt selv om det ikke er pålagt med ansvarsgruppe for pasientene.

**Tabell 17** Andel hvor det har vært holdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker i landet og i fylkene.

	Andel med deltagelse i ansvarsgruppe, %	Prosent poeng avvik fra totalandel	Ukjent, %
Vestfold <i>n=76</i>	88	33	0
Vest-Agder <i>n=173</i>	73	18	2
Østfold <i>n=138</i>	68	13	2
Buskerud <i>n=135</i>	66	11	4
Oppland <i>n=75</i>	63	8	11
Telemark <i>n=135</i>	61	6	1
Aust-Agder <i>n=73</i>	59	4	0
<b>Norge <i>n=2168</i></b>	<b>55</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Akershus <i>n=135</i>	54	-1	15
Rogaland <i>n=168</i>	54	-1	2
Hordaland <i>n=228</i>	48	-7	5
Oslo <i>n=593</i>	48	-7	6
Hedmark <i>n=89</i>	41	-14	3
M-NNorge <i>n=175</i>	37	-18	3

**Figur 12.** Andel hvor det har vært holdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



Ansvarsgruppemøter er et relativt tungt instrument som krever at mange møter. Tabell 17 og figur 12 viser en oversikt og regionale og fylkesvise forskjeller. Vi ser at det har vært holdt ett eller flere møter for mer enn halvdel av pasientene. Det er et klart trekk at det er fylkene utenfor Oslo i Helseregion Øst (frasett Hedmark) og fylkene i Trefylkesamarbeidet (Vestfold,

Buskerud og Telemark) som rapporterer om høyest andel med slike møter. Midt- og Nord-Norge ligger lavest, og dette kan henge sammen med svært store geografiske avstander i regionen og betydelig vekt på telefonsamarbeid. I denne regionen har en altså ikke vektlagt ansvarsgrupper i samme grad som andre steder. Oslo har også relativt sett få møter, og dette kan avspeile at samarbeidet mellom senteret og sosialsentrene i bydelene er svakere utviklet en samarbeidet med kommunene de fleste andre steder.

#### 7.4 Kontakt med LAR-legen

Med LAR-lege menes den legen som forskriver vedlikeholdsmedikamentet. Dette vil i noen områder være fastlegen, mens det i andre områder er lege i LAR-tiltaket og noen steder andre leger.

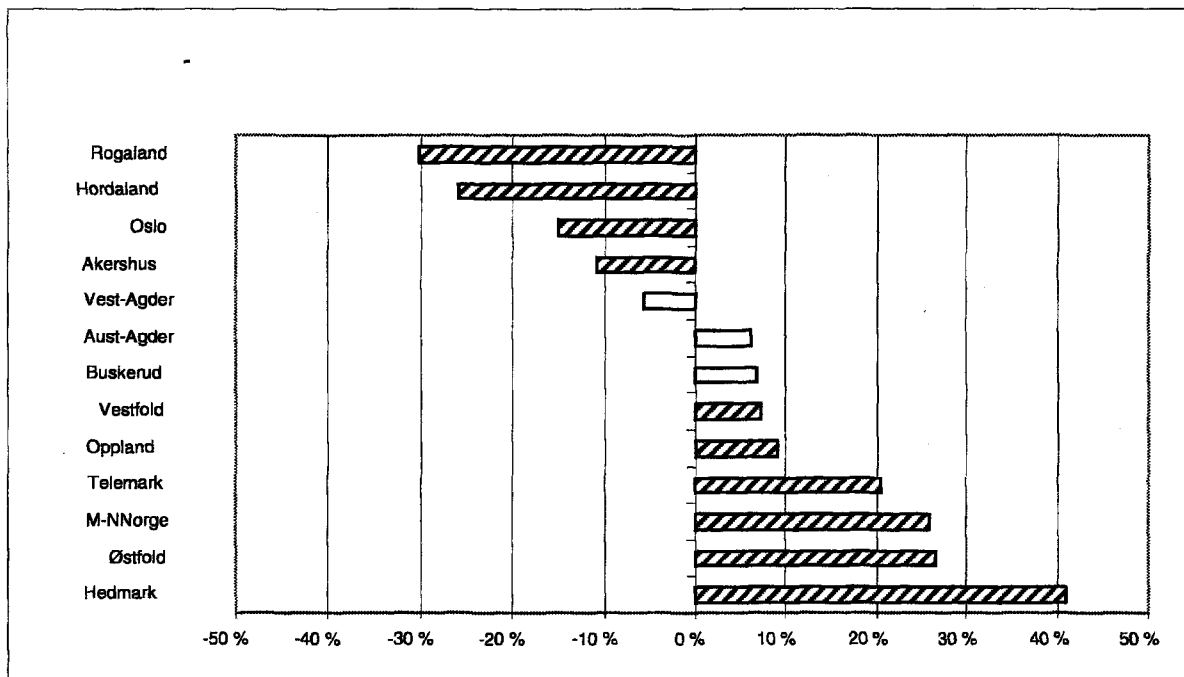
Tabell 17, figur 13 viser at noe over en tredel har hatt kontakt med den legen som forskriver medikamentet siste 30 dager. Kontakten med sosialkonsulentene og LAR-konsulentene er med andre ord hyppigere. Dette er naturlig innenfor en modell hvor medikamentbruken skal gjøre annen behandling mulig.

Det er noen dramatiske forskjeller som må undersøkes nærmere. I Rogaland og Hordaland, hvor forskrivningen skjer fra leger ansatt i LAR-sentrene, ser det ut til å være svært liten kontakt. Dette kan skyldes at kontakten formidles av medarbeider i teamet innenfor en tverrfaglig struktur. Noe av det samme gjelder Oslo. Hyppigst kontakt ser det ut til å være i fylkene i Helseregion Øst utenfor Oslo, i Helseregion Nord-/Midt-Norge og i trefylkesamarbeidet, områder som ikke har egen LAR-ansatt lege eller i utpreget grad satser på å utbygge ansvaret til fastlegene. Fastlegene er i disse områdene er med andre ord svært sentrale i arbeidet. Det bør settes søkelys på opplæring og veiledning.

**Tabell 18, figur 13 Andel med kontakt med LAR-forskrivende lege siste 4 uker i landet og i fylkene.**

	Andel i kontakt med LAR-lege, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Hedmark <i>n=89</i>	76	41	9
Østfold <i>n=138</i>	62	27	16
M-NNorge <i>n=175</i>	61	26	4
Telemark <i>n=135</i>	56	21	12
Oppland <i>n=75</i>	44	9	27
Vestfold <i>n=76</i>	42	7	20
Buskerud <i>n=135</i>	42	7	27
Aust-Agder <i>n=73</i>	41	6	0
Norge <i>n=2168</i>	35	0	9
Vest-Agder <i>n=173</i>	29	-6	0
Akershus <i>n=135</i>	24	-11	6
Oslo <i>n=593</i>	20	-15	12
Hordaland <i>n=228</i>	9	-26	11
Rogaland <i>n=168</i>	5	-30	1

**Figur 13. Andel med kontakt med LAR-forskrivende lege siste 4 uker, fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng . Andel i Norge er vist som 0-verdi på X akse. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



## 8 "Resultater" – hvorledes har pasientene det?

### 8.1 Psykiske vansker siste fire uker

Til syvende og sist er det avgjørende spørsmålet om pasientene får bedret sin livskvalitet. Statusundersøkelsen inkluderer ikke spørsmål om dette på grunn av metodevansker. Den inneholder imidlertid spørsmål om pasienten har hatt alvorlig depresjon, alvorlig angst eller vrangforestillinger/hallusinasjoner minst én av de siste fire ukene. Svarmønsteret i 2002 viste at det var lite konsistente skåringer. For 2003 ble derfor instruksjonen endret slik at den omfatter konkretisering av hvilke symptomer som skal være til stede for at en skal kunne bruke betegnelsen depresjon eller angst og hvorledes begrepet vrangforestillinger og hallusinasjoner skal oppfattes. Ja-svar vurderes som sannsynlig psykose. Skåringen skal bygges på utfyllers vurdering på bakgrunn av direkte kontakt med pasienten.

Reliabilitetsundersøkelsen viser at disse spørsmålene har lav reliabilitet. Usikkerheten ved utfyllingen er også stor slik dette viser seg i andelen som er skåret med ukjent. Samlet gjør dette at en ikke kan legge vesentlig vekt på svarene. Tabell 18 kan derfor bare brukes som en grov indikator på at pasientene i LAR ofte plages med angst og/eller depresjon. Det er ikke grunnlag for å legge vekt på regionvise eller fylkesvise forskjeller.



**Tabell 18. Andel med alvorlige psykiske vansker minst en av de siste fire ukene**

	Andel som oppgir å ha hatt alvorlig depresjon, i %		Andel som oppgir å ha hatt alvorlig angst, i %		Andel som oppgir å ha hatt psykose, i %	
	2003	2002	2003,	2002	2003	2002
<b>Øst</b>	14	19	18	23	4	4
<b>Sør</b>	7	15	15	18	4	7
<b>Vest</b>	12	5	14	9	3	1
<b>M/Nord</b>	16	14	17	21	1	1
<b>NORGE</b>	12	16	16	20	3	4

Tabell 18 viser at det er en nedgang i forekomsten på alle områdene fra 2002 til 2003. Det er overveiende sannsynlig at årsaken er innskjerping av de kriteriene som skal legges til grunn.

## 8.2 Rusmestring de siste 4 uker

Pasientenes rusmestring er undersøkt ved urinprøver, egenrapportering til hovedkontakt og ved global funksjon bedømt av hovedkontakt. Hvert rusmiddel ble undersøkt separat: opioider, benzodiazepiner, cannabis, sentralstimulerende midler og alkohol til beruselse. Selvrappoteringsen gjelder også forekomst av sprøytebruk. Ved urinprøvene skal manglende fremmøte til avtalt prøvetaking regnes som positivt funn, dvs. påvist bruk. Medikamenter forskrevet av lege innregnes ikke.

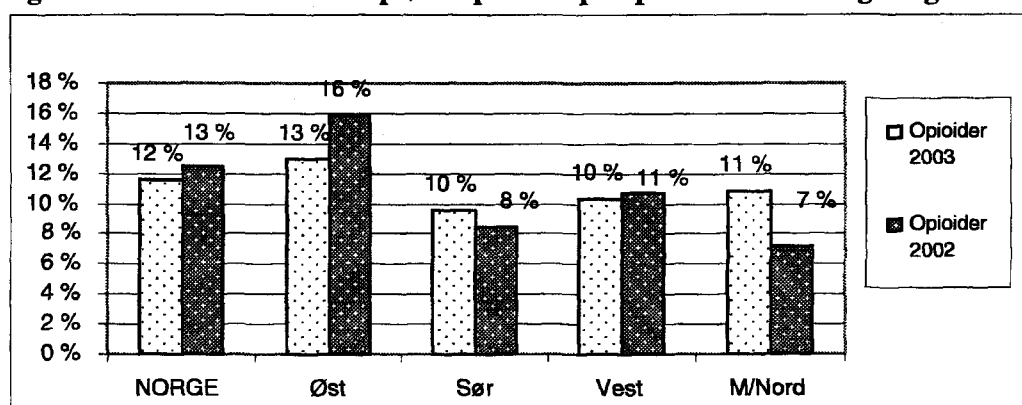
Når det gjelder opiat, ser vi at funnene peker mot lavt bruk. Urinfunnene sier at omtrent én av ti har påvist opiat, og det er liten forskjell mellom regionene. Det er videre en svak nedgang fra 2002 til 2003, først og fremst i Helseregion Øst. Helseregion Midt- og Nord-Norge har hatt en svak økning (tabell 22 og figur 16).

Når det gjelder benzodiazepin, er utviklingen uklar. Andelen med bruk ligger på mellom en tredel og en firedel, noe høyere angitt ved selvrappoteringsen. Urinprøvene peker mot en viss økning i bruken, særlig i Helseregion Midt-/Nord-Norge, mens selvrappoteringsen peker mot klart minskende bruk (tabell 22 og figur 17).

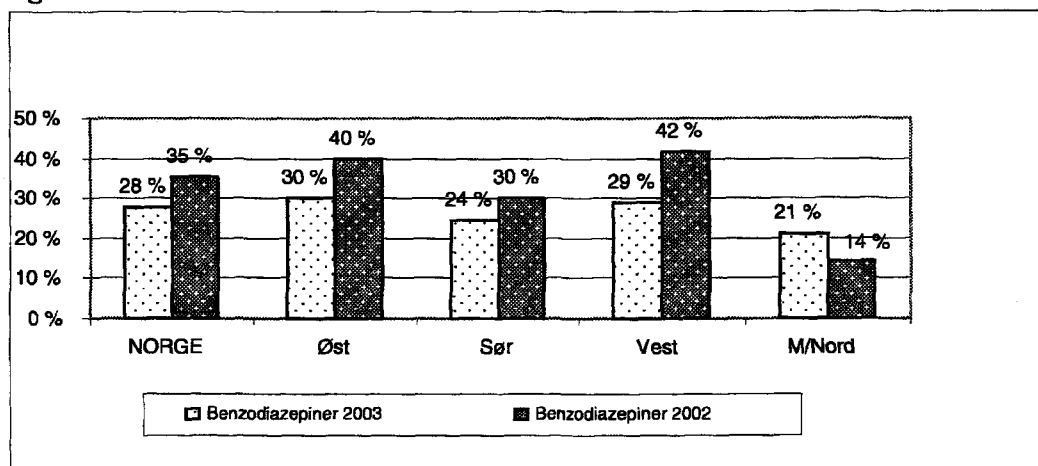
Tabell 22. Andel med urinprøver positive for opioider og benzodiazepiner

	Opioider i urin / selvrapportert bruk av opioider		Benzodiazepiner i urin/ selvrapportert bruk av benzodiazepiner	
	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %
<b>NORGE</b>	12 / 12	14 / 13	30 / 28	26 / 35
<b>Øst</b>	11 / 13	15 / 16	27 / 30	26 / 40
<b>Sør</b>	11 / 10	11 / 8	28 / 24	28 / 30
<b>Vest</b>	15 / 10	18 / 11	40 / 29	36 / 42
<b>M/Nord</b>	10 / 11	9 / 7	22 / 21	8 / 14

Figur 16. Andel som har urinprøver positive på opioider i landet og i regionene.



Figur 17. Andelen som har urinprøver positive på benzodiazepiner i landet og i regionene



Forbruk av cannabis har holdt seg nokså konstant i 2002 og 2003, utover en fordobling av positive urinprøver i Helseregion Midt-/Nord-Norge, der det også tas flest regelmessige urinprøver.

Det er i liten grad brukt amfetamin både i 2002 og 2003 (tabell 23). Alkoholbruk til beruselse er også et lavfrekvent problem. Vi ser også at det er liten forskjell mellom regionene. Nærmere opplysninger om status i forhold til disse rusmidlene finnes i appendiks.

**Tabell 23. Urinprøver positive på cannabis, sentralstimulerende midler og alkohol, og egenrapportert bruk av de samme stoffer**

	Urinprøver med cannabis/ selvrapportert bruk		Urinprøver med sentralstimulerende midler/ selvrapportert bruk		Urinprøver med alkohol/ selvrapportert bruk	
	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %	2003, i %	2002, i %
<b>NORGE</b>	28 / 28	26 / 24	17 / 15	15 / 13	5 / 7	5 / 7
Øst	27 / 32	26 / 27	13 / 12	11 / 11	4 / 8	3 / 7
Sør	29 / 27	28 / 22	17 / 18	17 / 15	4 / 5	6 / 7
Vest	31 / 18	36 / 24	28 / 19	34 / 21	8 / 4	7 / 5
M/Nord	19 / 19	8 / 10	15 / 15	8 / 8	6 / 7	5 / 6

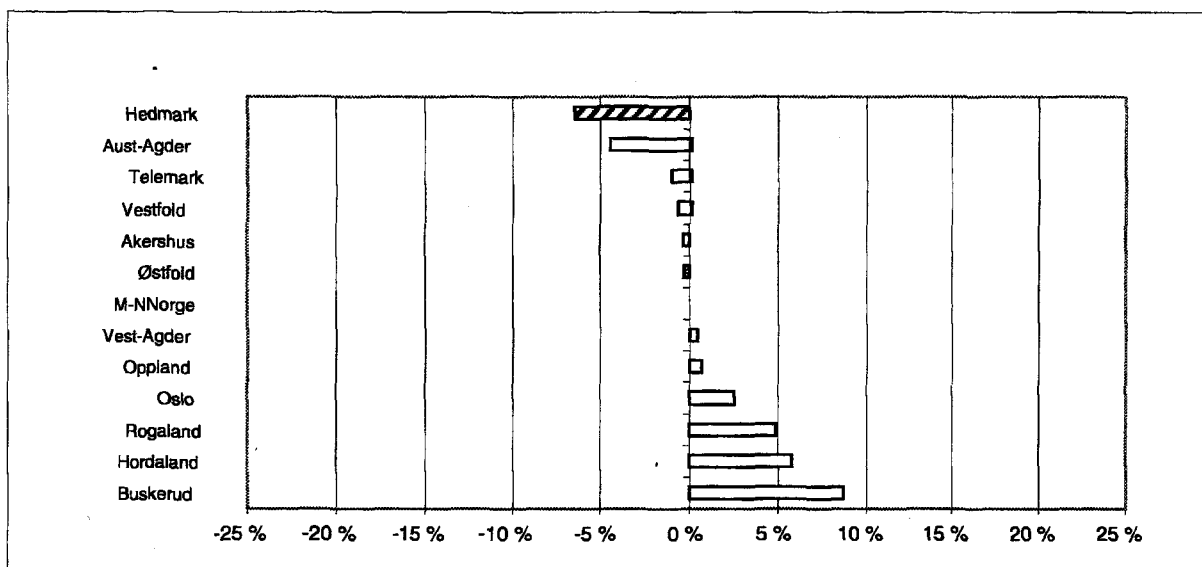
### 8.2.1 Opiater

Vi ser at det er stort samsvar mellom funnene ved urinprøver og ved rapportering (tabell 22 og 23). Andelen ukjent er på 16 % i begge tilnærmingene, men antallet med manglende opplysninger varierer slik at de må være reelt uavhengige av hverandre. Det er liten fylkesvis variasjon. Litt over 10 % er funnet med pågående bruk av opioater. Selvrapportert bruk av opioater var noe mindre i Telemark, Hedmark og Aust-Agder, og litt høyere i Vest-Agder og høyere i Oslo. Det statistisk signifikant forskjell med lavere andel positive urinprøver i Hedmark i forhold til Norge.

**Tabell 24. Andel med minst en urinprøve positiv på opioater siste fire uker, i landet og i fylkene**

	Andel med opioider i urinprøver, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Buskerud <i>n=135</i>	19	9	7
Hordaland <i>n=228</i>	16	6	8
Rogaland <i>n=168</i>	15	5	6
Oslo <i>n=593</i>	13	3	32
Oppland <i>n=75</i>	11	1	11
Vest-Agder <i>n=173</i>	10	0	12
M-NNorge <i>n=175</i>	10	0	5
Norge <i>n=2167</i>	10	0	16
Østfold <i>n=138</i>	10	0	15
Akershus <i>n=135</i>	10	0	21
Vestfold <i>n=76</i>	9	-1	1
Telemark <i>n=135</i>	9	-1	11
Aust-Agder <i>n=73</i>	5	-5	15
Hedmark <i>n=89</i>	3	-7	10

**Figur 18. Andel med minst en urinprøve positiv på opiater siste 4 uker, i landet og i fylkene. Fylkesvise forskjeller er vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



Vi ser at det er stort samsvar mellom funnene ved urinprøver og ved rapportering (tabell 22 og 23.). Andelen ukjent er på 16 % i begge tilnærmingene men antallet med manglende opplysninger varierer slik at de må være reelt uavhengige av hverandre. Det er liten fylkesvis variasjon. Litt over 10 % er funnet med pågående bruk av opiater, noe mindre ved selvrappport i Telemark, Hedmark og Aust-Agder og noe mer i Vest-Agder og særlig i Oslo. Det statistisk signifikant forskjell med lavere andel positive urinprøver i Hedmark ift Norge.

**Tabell 24. Selvrapportert bruk av opiater, i landet og i fylkene**

	Andel med selvrapportert opioidbruk, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Oslo <i>n=593</i>	16	4	14
Vest-Agder <i>n=173</i>	13	1	12
Norge <i>n=2168</i>	12	0	16
Akershus <i>n=135</i>	12	0	12
Hordaland <i>n=228</i>	11	-1	8
M-NNorge <i>n=175</i>	11	-1	6
Oppland <i>n=75</i>	11	-1	9
Vestfold <i>n=76</i>	11	-1	1
Buskerud <i>n=135</i>	9	-3	7
Rogaland <i>n=168</i>	9	-3	6
Østfold <i>n=138</i>	9	-3	7
Aust-Agder <i>n=73</i>	8	-4	15
Hedmark <i>n=89</i>	8	-4	8
Telemark <i>n=135</i>	5	-7	11

### 8.2.2 Benzodiazepin

Forskjellene er noe større når det gjelder benzodiazepinbruk. Tabell 25; figur 19 viser andelen med bruk av benzodiazepiner siste fire uker i 2003-undersøkelsen bedømt ved urinprøver, og tabell 26, figur 20 bedømt ved selvrapportering. Vi ser igjen at det er en nokså høy andel ukjente. Dette skaper

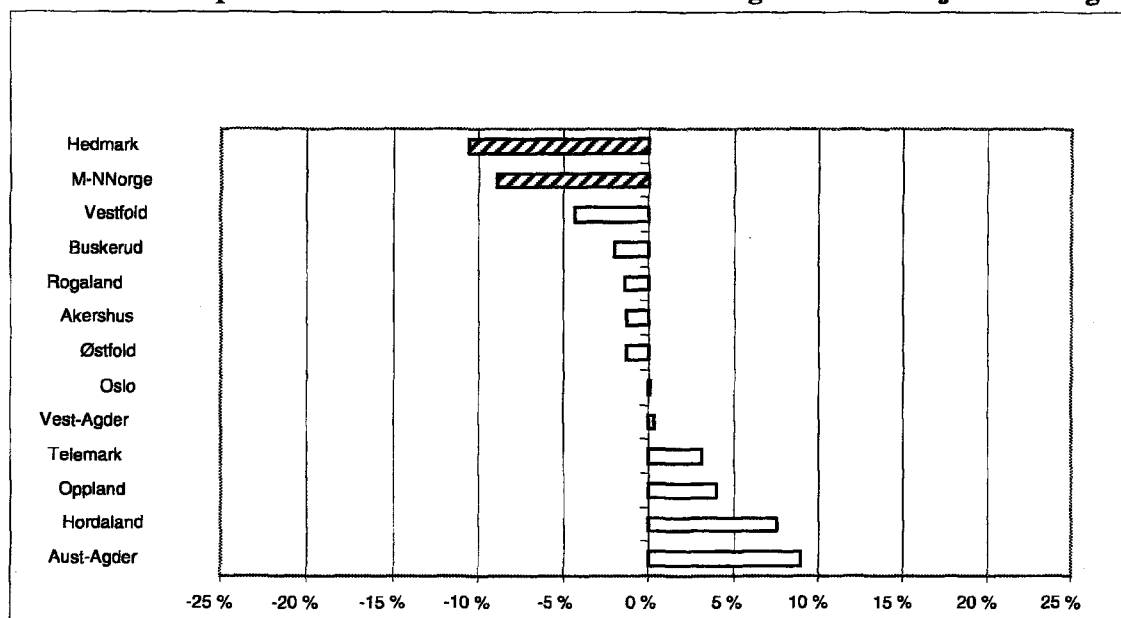
usikkerhet. Imidlertid er det også betydelig samsvar mellom selvrapporing og funn i urinprøver uten at disse er helt overlappende. Dette øker tiltroen til funnene.

Begge metodene viser at tiltakene i noen fylker som Hordaland, Oslo og Aust-Agder har dobbelt så høy andel pasienter med bruk av benzodiazepiner som de fylkene som ligger lavest, særlig Oppland, Telemark og Rogaland. Det er vanskelig å se noen sannsynlig forklaring. Det finnes tiltak med høy andel behandlet med buprenorfin både blant de med høy og de med lav andel pasienter som har benzodiazepinbruk. Andelen er ikke høyere blant pasientene fra tiltak som bruker fastlegen som forskrivende lege, snarere tvert imot. Desentralisering av forskrivningen ser derfor ikke ut til å være en årsak. Bypregede fylker ligger relativt høyt, men heller ikke her er det noen entydig sammenheng. Det spørsmålet som reiser seg, er derfor om forklaringen enten kan ligge i tiltakenes holdninger og praksis i forhold til inntak og utskrivning, eller om det er bruksmønsteret blant pasientene som slår igjennom.

**Tabell 25. Andel med minst en prøve positiv for benzodiazepin siste fire uker, i landet og i fylkene**

	Andel med benzodiazepiner i urinprøver-, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Hordaland n=228	49	22	14
Aust-Agder n=73	34	7	15
Oslo n=593	33	6	32
Buskerud n=135	31	4	7
Rogaland n=168	30	3	23
Telemark n=135	28	1	11
Vest-Agder n=173	27	0	9
<b>Norge n=2167</b>	27	0	15
Akershus n=135	24	-3	21
Vestfold n=76	22	-5	1
M-NNorge n=175	22	-5	2
Østfold n=138	21	-6	15
Hedmark n=89	16	-11	10
Oppland n=75	16	-11	11

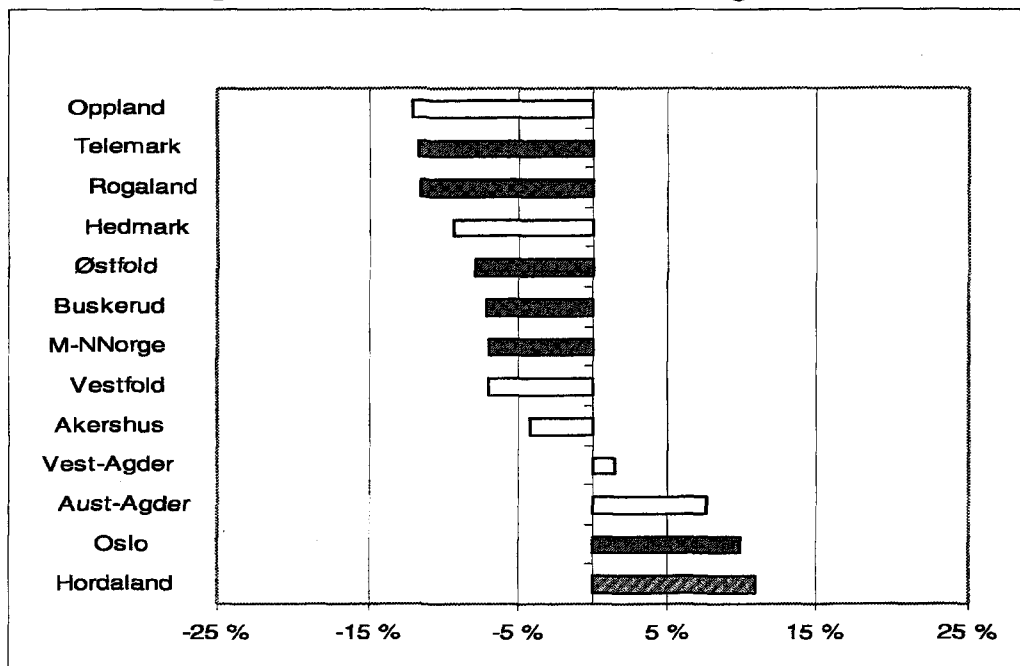
**Figur 19. Andel med minst en prøve positiv for benzodiazepin siste fire uker. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



**Tabell 26. Fylkesfordeling og landsgjennomsnitt: Selvrapportert bruk av benzodiazepin siste fire uker, i landet og i fylkene**

	Selvrapportert benzodiazepinbruk, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Hordaland <i>n</i> =228	39	11	14
Oslo <i>n</i> =593	38	10	14
Aust-Agder <i>n</i> =73	36	8	5
Vest-Agder <i>n</i> =173	29	1	3
<b>Norge</b> <i>n</i> =2168	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
Akershus <i>n</i> =135	24	-4	9
Vestfold <i>n</i> =76	21	-7	1
M-NNorge <i>n</i> =175	21	-7	3
Buskerud <i>n</i> =135	21	-7	2
Østfold <i>n</i> =138	20	-8	7
Hedmark <i>n</i> =89	19	-9	8
Rogaland <i>n</i> =168	16	-12	23
Telemark <i>n</i> =135	16	-12	9
Oppland <i>n</i> =75	16	-12	7

**Figur 20. Selvrapportert bruk av benzodiazepin siste fire uker, i landel og fylkene. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



### 8.2.3 Cannabis

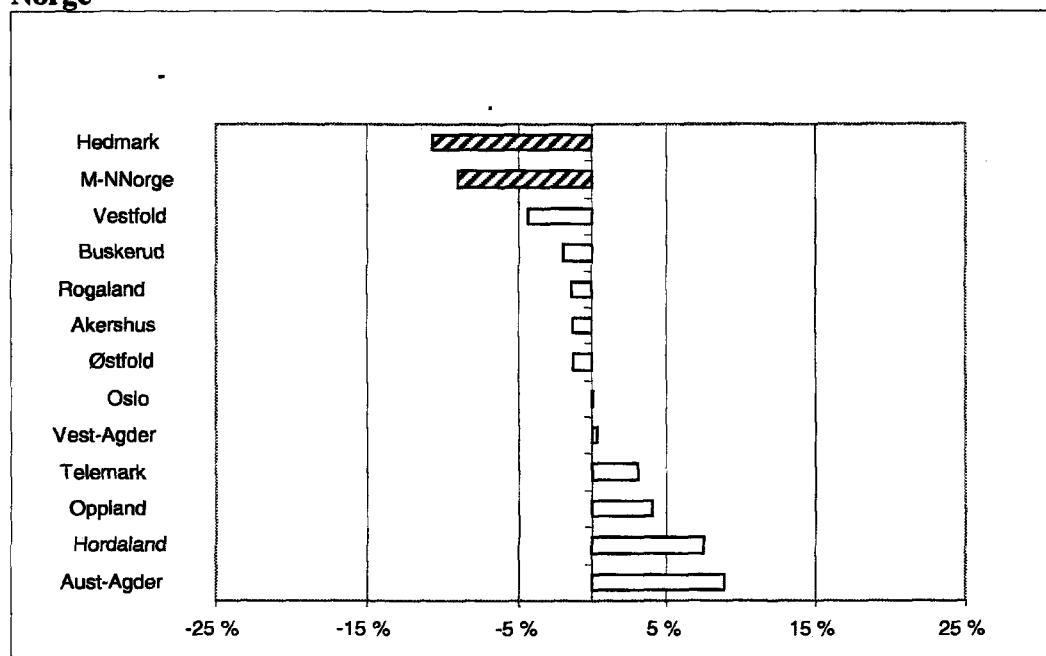
Tabell 27 og figur 21 viser andelen med påvist bruk av cannabis bedømt ved urinprøver og tabell 28 og figur 22 bedømt ved selvrapport. Igjen ser vi betydelig forskjeller slik at tiltakene i de fylkene som ligger lavest, har mindre enn halvparten av nivået i forhold til de som ligger høyest. Det er igjen et problem at andelen hvor det mangler opplysninger er nokså høy. Når det gjelder cannabis, ser det ut til å være større forskjeller når bruken bedømmes med urinprøver og med selvrapportering ift andre rusmidler. Forklaringen kan være at cannabisbruk gir en lang periode hvor bruken kan spores i prøvene. Dette kan føre til at mindre betydningsfull bruk og bruk lenger tilbake gir positive funn, mens selvrapportering gjelder en kortere og nyere periode. Det kan også være at det er sterkere ideologiske forskjeller mellom brukeren og behandlerne på dette området slik at en kan få en viss underrapportering.

I rapporten legges det først og fremst vekt på urinprøvene. Vi ser da at andelen med bruk er høyest i tiltakene i Aust-Agder og Hordaland, mens den er lavest i Hedmark og Midt-/Nord-Norge. Selvrapportering gir vesentlig høyere andel med bruk i Oslo og Vest-Agder, mens urinprøverapporteringen gir høyere andel i tiltakene i Rogaland, Buskerud, Telemark og Hordaland. Bruken av cannabis er vesentlig mer utbredt i urbaniserte fylker, særlig i Oslo, men dette ser ikke ut til å være en hovedforklaring.

**Tabell 27. Andel med minst en urinprøve positiv på cannabis siste fire uker, i landet og i fylkene**

	Andel med cannabis i urinprøve, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Aust-Agder <i>n=73</i>	37	9	15
Hordaland <i>n=228</i>	36	8	14
Oppland <i>n=75</i>	32	4	7
Telemark <i>n=135</i>	31	3	11
Vest-Agder <i>n=173</i>	28	0	10
Oslo <i>n=593</i>	28	0	34
Norge <i>n=2168</i>	28	0	16
Østfold <i>n=138</i>	27	-1	15
Akershus <i>n=135</i>	27	-1	11
Rogaland <i>n=168</i>	27	-1	22
Buskerud <i>n=135</i>	26	-2	7
Vestfold <i>n=76</i>	24	-4	0
M-NNorge <i>n=175</i>	19	-9	3
Hedmark <i>n=89</i>	17	-11	8

**Figur 21. Andel med minst en urinprøve positiv på cannabis siste fire uker, i landet og fylkene. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X akse. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**

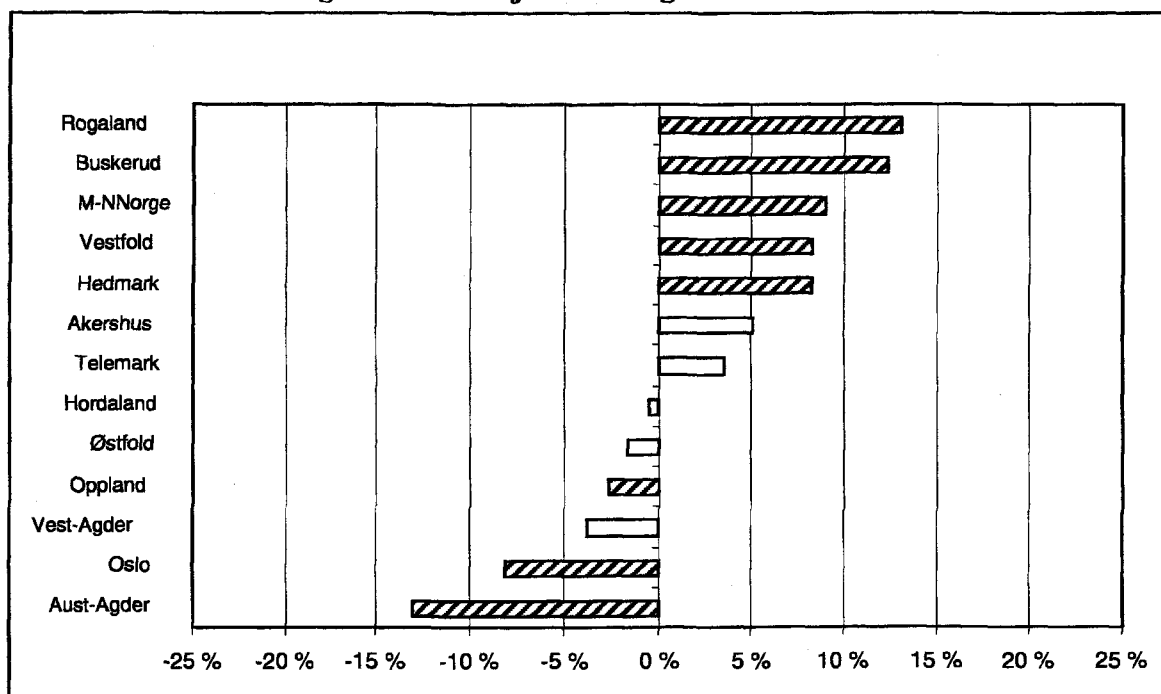




**Tabell 28. Selvrapportert bruk av cannabis siste fire uker, i landet og i fylkene**

	Selvrapportert cannabisbruk, %	Prosent poeng avvik fra landsandel	Ukjent, %
Aust-Agder <i>n=73</i>	41	-13	5
Oslo <i>n=593</i>	36	-8	16
Vest-Agder <i>n=173</i>	32	-4	3
Oppland <i>n=75</i>	31	-3	4
Østfold <i>n=138</i>	30	-2	7
Hordaland <i>n=228</i>	29	-1	14
Norge <i>n=2168</i>	28	0	11
Telemark <i>n=135</i>	24	4	9
Akershus <i>n=135</i>	23	5	12
Hedmark <i>n=89</i>	20	8	8
Vestfold <i>n=76</i>	20	8	1
M-NNorge <i>n=175</i>	19	9	4
Buskerud <i>n=135</i>	16	12	2
Rogaland <i>n=168</i>	15	13	22

**Figur 22. Selvrapportert bruk av cannabis siste fire uker. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



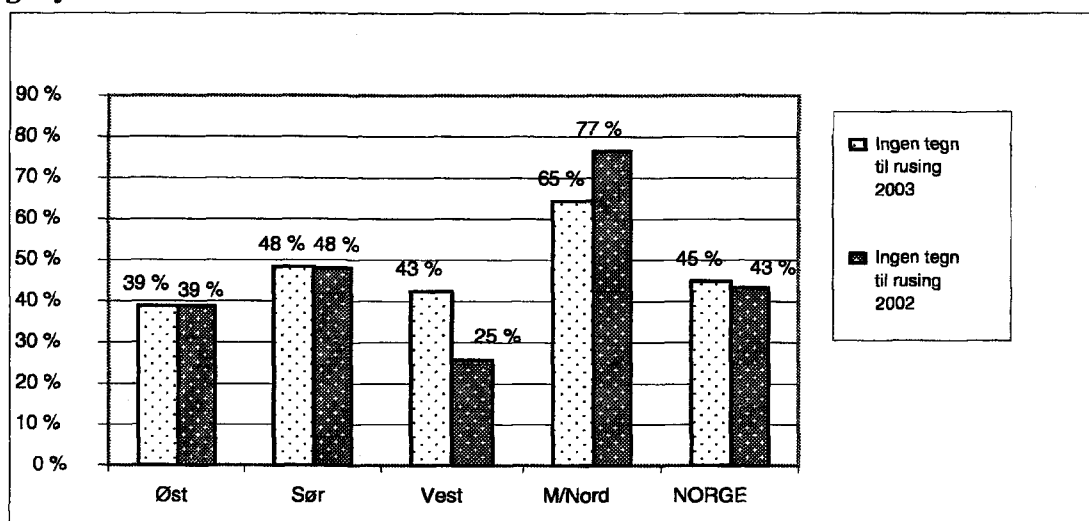
### 8.2.4 Helhetlig rusmestring

Statusundersøkelsen inneholder også et spørsmål om hvorledes pasientens hovedkontakt bedømmer pasientens rusmiddelbruk i et helhetlig perspektiv, såkalt helhetlig vurdering av rusmestring. Svarkategoriene er "Ingen tegn til rus verken klinisk bedømt eller ved prøver", "Enkeltstående tegn, bedømt som tilfeldige/mindre betydningsfulle", "Utilstrekkelig ruskontroll, men utskrivning ikke aktuelt", "Alvorlige rusproblemer, fare for utskrivning" og

”Utskrevet pga. vedvarende rusmisbruk”. Det henvises til appendiks for detaljerte svarmønstre. I denne rapporten har vi valgt å todele slik at vi bruker den første kategorien som angir fravær av alle tegn på bruk av rusmidler som mål for god behandlingseffekt mot alle de andre kategoriene. Det bør understrekes at skåringen ikke er validert eller reliabilitetsvurdert som evalueringsinstrument. Den bør derfor ses som rapport om klinisk bedømmelse av behandler.

Figur 23 viser rapporteringen med gjennomsnitt for Norge i 2002 og 2003 sammen med regionvis fordeling. Vi ser at det er noe mer enn fire av ti som har vært helt uten tegn til rusmiddelbruk. Det er betydelig forskjell mellom regionene med vesentlig høyere andel i Helseregion Midt- og Nord-Norge. Tiltakene i Helseregion Sør har også høyere andel enn landsgjennomsnittet. I Helseregion Vest var det i 2003 vesentlig lavere andel i 2002, mens det i 2003 rapporteres om et nivå på linje med landsgjennomsnittet. Det er et tydelig fall i de nordlige regionene, men fortsatt er det en vesentlig høyere andel uten tegn på rusmiddelbruk

**Figur 23. Andel bedømt til å være helt uten tegn til rusmiddelbruk siste 4 uker i landet og i fylkene.**

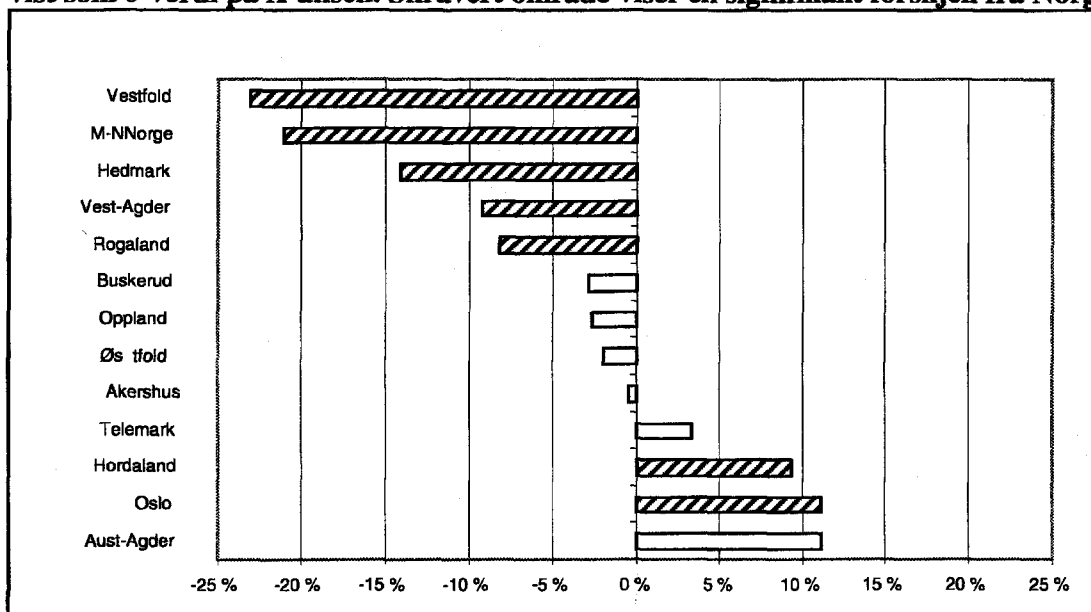


Det er fylkene Aust-Agder, Oslo og Telemark som ligger under landsgjennomsnitt i antall pasienter uten tegn til rusing (tabell 29. og figur 24).

**Tabell 29. Andel bedømt til å være helt uten tegn til rusmiddelbruk siste 4 uker, i landet og i fylkene.**

	Rusmestring siste 4 uker	Prosent avvik fra landsandel
Aust-Agder <i>n=73</i>	33	11
Oslo <i>n=593</i>	33	11
Hordaland <i>n=228</i>	35	9
Telemark <i>n=135</i>	41	3
<b>Norge</b> <i>n=2167</i>	44	0
Akershus <i>n=135</i>	44	0
Østfold <i>n=138</i>	46	-2
Oppland <i>n=75</i>	47	-3
Buskerud <i>n=135</i>	47	-3
Rogaland <i>n=168</i>	52	-8
Vest-Agder <i>n=173</i>	53	-9
Hedmark <i>n=89</i>	58	-14
M-NNorge <i>n=175</i>	65	-21
Vestfold <i>n=76</i>	67	-23

**Figur 24. Andel bedømt til å være helt uten tegn til rusmiddelbruk siste 4 uker. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.**



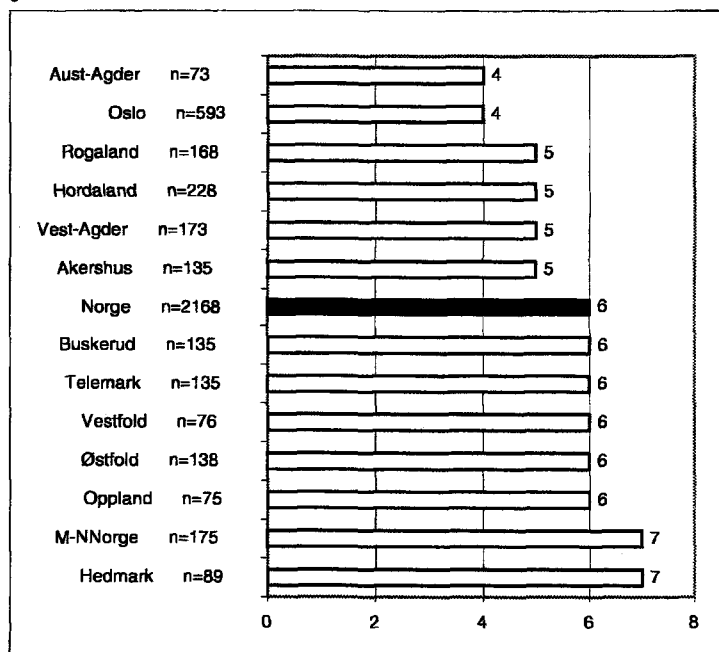
### 8.2.5 Sammenhengende tid siste år uten bruk av rusmidler

Statusundersøkelsen inneholder et spørsmål om hvilket antall måneder pasienten siste år har vært sammenhengende uten bruk av illegale rusmidler, og spesielt om antall måneder uten bruk av heroin eller liknende stoffer. I en slik måte å spørre på vil en pasient som nylig har begynt i behandlingen, nødvendigvis måtte skåre med et lavt antall. Høyt inntak vil derfor tendere mot å gi flere med lavere antall måneder. Bedømmelse ved aggregerte tall av rapporterte gjeanomsnitt vil derfor naturlig gi lavere rapportering av lavere antall rusfrie måneder, mens det motsatt vil skje ved høyt inntak.

**Tabell 30. Antall måneder uten tegn på bruk av noe illegalt rusmiddel, i landet og i fylkene.**

	Uten misbruk i mnd
Hedmark n=89	7
M-NNorge n=175	7
Oppland n=75	6
Østfold n=138	6
Vestfold n=76	6
Telemark n=135	6
Buskerud n=135	6
Norge n=2168	6
Akershus n=135	5
Vest-Agder n=173	5
Hordaland n=228	5
Rogaland n=168	5
Oslo n=593	4
Aust-Agder n=73	4

**Figur 25. Antall måneder uten tegn på bruk av noe illegalt rusmiddel, i landet og i fylkene.**



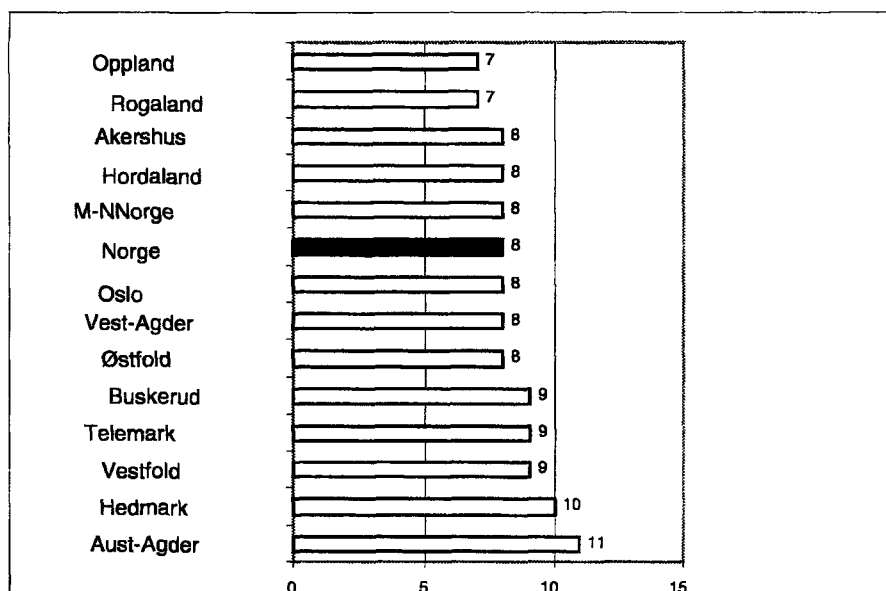
Tabell 29, figur 24 viser at pasientene i 2003 i gjennomsnitt ble bedømt til å ha vært uten noe tegn til bruk av illegale rusmidler i seks måneder. Tiltakene i Aust-Agder og Oslo har vært i kortere tid mens de i Midt- og Nord-Norge og Hedmark har vært lenger.

Tabell 31, figur 26 viser hvorledes situasjonen ble bedømt for heroin. Her ser vi for det første at det rapporteres om vesentlig lengre perioder, i landsgjennomsnitt åtte måneder. Siden nyinntatte pasienter vil trekke snittet på bruksmåneder ned, peker dette mot at en høy andel av pasientene har vært uten bruk av heroin hele eller nesten hele året – bedømt på denne måten. Vi ser også at tiltakene rangerer seg annerledes i rapporteringen av heroinbruk i forhold til bruk av noe illegalt rusmiddel. Tiltaket i Vest-Agder rapporterte lavest med fem måneder, mens Aust-Agder her angir lengst periode med 11 måneder. Om rapporteringen er reliabel, kan det antas at det har vært svært lite bruk av heroin blant pasientene i Aust-Agder. Hedmark, som rapporterte om høyeste antall måneder uten bruk av illegalt middel, angir også et høyt gjennomsnitt for heroinfrie måneder, mens det andre tiltaket med rapportering av langvarig fravær av illegale rusmidler her angir et gjennomsnittlig antall måneder uten bruk av heroin.

**Tabell 31. Antall måneder uten bruk av heroin i 2003, i landet og i fylkene**

	Uten bruk av opioid, i mnd.
Aust-Agder <i>n=73</i>	11
Hedmark <i>n=89</i>	10
Vestfold <i>n=76</i>	9
Telemark <i>n=135</i>	9
Buskerud <i>n=135</i>	9
Østfold <i>n=138</i>	8
Vest-Agder <i>n=173</i>	8
Oslo <i>n=593</i>	8
Norge <i>n=2168</i>	8
M-NNorge <i>n=175</i>	8
Hordaland <i>n=228</i>	8
Akershus <i>n=135</i>	8
Rogaland <i>n=168</i>	7
Oppland <i>n=75</i>	7

**Figur 26. Antall måneder uten tegn på bruk av heroin i 2003, i landet og i fylkene**



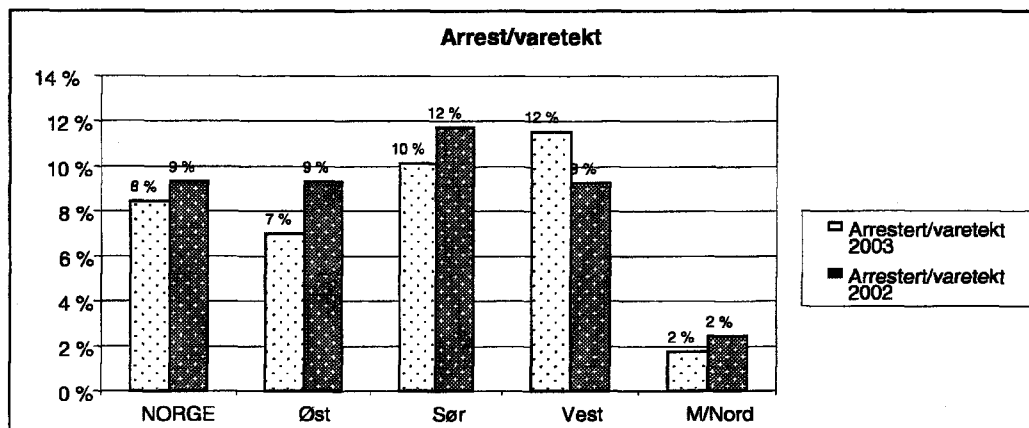
### 8.3 Kriminalitet

Ved spørsmål om kriminalitet stilles det flere svaralternativer: arrest/varetekt, tiltalt, idømt forelegg/bot og idømt soning. Her velges ut arrest/varetekt. Tallene betraktes som noe usikre, da det kan være vanskelig å innhente opplysninger. Det er vanskelig å kontrollere data, og det er et nokså høyt antall ukjente. Det ses at det ikke er store endringer fra 2002 til 2003 på landsbasis, og det samme gjelder helseregionene. Høyest andel har Helseregion Vest med 12 %, deretter Helseregion Sør og Helseregion Vest, og lavest andel har Helseregion Midt-/Nord-Norge med 2 % (tabell 31 og figur 26).

**Tabell 32. Andel som har vært arrestert/i varetekt og andel ikke besvarte, i landet og regionene**

	Arrestert/varetekt			
	2003	% ukjent 2003	2002	% ukjent 2002
<b>NORGE</b>	8	13	9	12
<b>Øst</b>	7	13	9	15
<b>Sør</b>	10	9	12	7
<b>Vest</b>	12	24	9	14
<b>M/Nord</b>	2	6	2	4

**Figur 27. Andel pasienter som har vært arrestert eller i varetekt, i landet og i regionene. Signifikante forskjeller fra andel i landet vist ved skravert kolonne.**



## 8.4 Forgifningsoverdoser og selvmordsforsøk

Ved forgifningsoverdose her forstås en forgiftning uten dødelig utgang, og dette er til forskjell fra overdoser med dødelig utgang. Her vil man derfor benevne forgifningsoverdoser som forgiftninger.

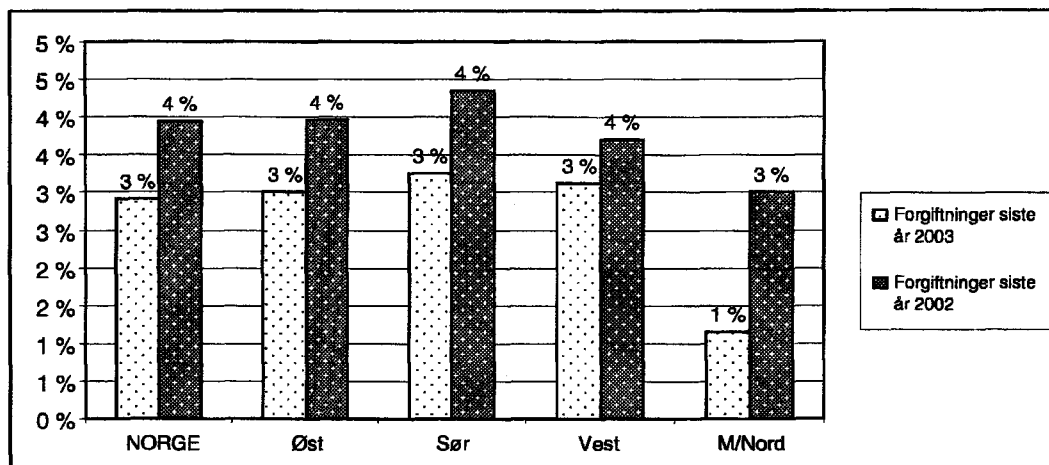
Et av de viktige målene ved LAR er å redusere antall forgiftninger. Det stilles spørsmål i statusundersøkelsen om pasienten har hatt forgiftninger det siste året. Det har vist seg at det har vært vanskelig å innhente korrekte opplysninger, og resultatene gir et høyt antall svar med ukjent. Av den grunn betraktes resultatene som noe usikre, og det er vanskelig å trekke konklusjoner. Den samme usikkerheten gjelder resultatene fra spørsmål om selvmordsforsøk. Det er ikke alltid pasienter ønsker å svare på spørsmålet, og det erfarer at pasienter ikke alltid er sikre på om en overdose var ment som et selvmordsforsøk.

Det ses et lavt og jevnt antall overdoser på 3 % i helseregionene og andel i landet, utover Helseregion Midt-/Nord-Norge som ligger lavere med 1 % (tabell 33. og figur 28.).

**Tabell 33. Andel med forgiftninger det siste året, i helseregioner og landet**

	Forgiftninger siste år, i prosent			
	2003	Ukjent, 2003	2002	Ukjent 2002
<b>NORGE</b>	3	12	4	10
<b>Øst</b>	3	12	4	12
<b>Sør</b>	3	7	4	7
<b>Vest</b>	3	22	4	17
<b>M-/Nord</b>	1	5	3	4

**Figur 28. Andel med forgiftninger det siste året, i helseregioner og landet. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



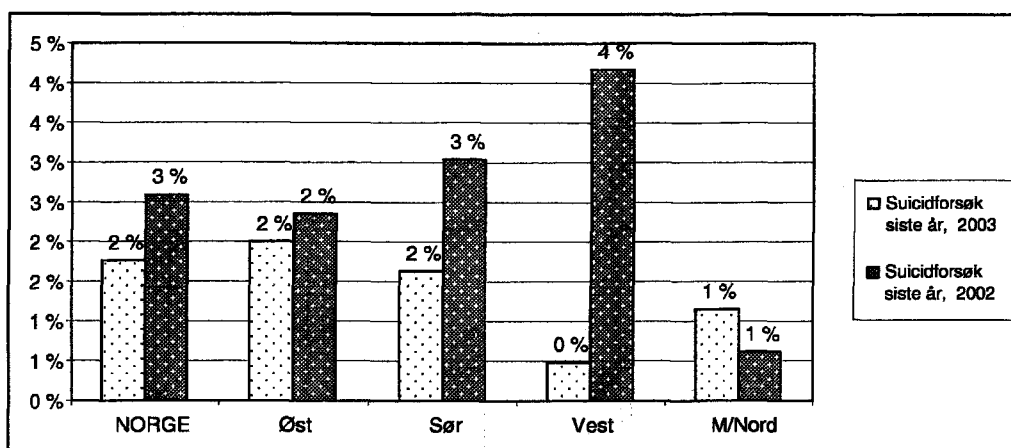
Antall pasienter som oppgir selvmordsforsøk er for landet, Helseregion Øst og Helseregion Sør 2 %, og for Helseregion Midt-/Nord-Norge 1 %. Region Vest oppgir 0 %, men har da også ukjent svar på 21 %, som er høyt (tabell 34 og figur 39).

**Tabell 34. Andel med suicidforsøk det siste året, i helseregioner og i landet**

	Suicidforsøk siste år, i prosent			
	2003	Ukjent 2003,	2002	Ukjent 2002
<b>NORGE</b>	2	11	3	10
<b>Øst</b>	2	12	2	12
<b>Sør</b>	2	5	3	6
<b>Vest</b>	0	21	4	13
<b>M/Nord</b>	1	4	1	3



**Figur 39. Andel med suicidforsøk (livstruende forgiftning) det siste året, i helseregioner og landet**



## 9 Oppsummeringer og konklusjoner

Den årlige statusundersøkelsen er etablert som en landsdekkende rapportering av evalueringsvariabler for legemiddelasistert rehabilitering. Svarprosenten er kommet opp i 78 %. Dette er en liten økning fra 2002, da det var 75 %. Den gjennomsnittlige andel mangelfulle svar per variabel var i 2003 13 %.

Pasientene i legemiddelasistert rehabilitering har omtrent de samme karakteristika over hele landet, med liten endring fra 2002 til 2003. Gjennomsnittsalderen er 38 år. 31 % var kvinner, med noe lavere andel i Helseregion Vest og Helseregion Sør.

Livssituasjonen etter stabilisering i LAR preges av ordnede boforhold, men få er i yrkesrettet utvikling. 75 % hadde i 2003 egen leiet eller eiet bolig. I Helseregion Midt- og Nord-Norge var det 86 %, en klart høyere andel. I Oslo hadde lavest andel med 62 %. Her bodde 22 % i hospits eller i institusjon. Landsgjennomsnittet for andel i arbeid og/eller utdanning var 20 %. I Helseregion Midt- og Nord-Norge var det en høyere andel, 32 %. 37 % hadde uføretrygd. Det var færre i Helseregion Vest (24 %) og flere i Helseregion Øst (43 %). Det var betydelige forskjeller mellom livssituasjonen til pasientene i de ulike tiltakene. Situasjonen var gjennomgående vanskeligere i Oslo og bedre i Helseregion Midt- og Nord-Norge.

Medikamentvalget preges av at metadon er det hyppigst valgte medikament (76 %), men også av at andelen som behandles med buprenorfin (Subutex) øker. Det er store forskjeller mellom regionene og tiltakene i regionene. Det er høyest andel i Metadonklinikken i Hordaland, som behandlet 65 % med Subutex i 2003. Lavest andel har LAR-teamene i Telemark og Buskerud, hvor ingen (Buskerud) eller nesten ingen (Telemark) har dette medikamentvalget. Forskjellen kan vanskelig begrunnes faglig. Den nærliggende vurdering er at det har utviklet seg faglige tradisjoner uten evidensbasert gjennomgang. I Metadonklinikken springer behandlingstradisjonen ut av et evalueringsprosjekt

Begge medikamenttypene doseres høyt i Norge, sett i en internasjonal sammenheng med et landsgjennomsnitt på 112 mg/dag av metadon og 20 mg/dag av buprenorfin.

Buprenorfindoseringen er høyere enn den som vanligvis anbefales. Det er også store variasjoner mellom regionene og enda mer mellom tiltakene. MARiT, som har ansvaret for hele Helseregion Midt- og Nord-Norge, angir en gjennomsnittlig dosering av metadon på 139 mg/dag og 25 mg buprenorfin per dag. Dette er høyest for begge medikamenttyper og høyere enn oftest anbefalt. Det bør imidlertid føyes til at en internasjonalt sett ser en utvikling mot anbefaling av stadig høyere doser.

Undersøkelsen viser at de norske pasientene behandles under nokså omhyggelige kontrolltiltak. All utlevering skal skje daglig under tilsyn til pasienten er stabilisert. Undersøkelsen viser et gjennomsnittlig antall utlevering er fire per uke. Dette vil si at en svært høy andel av pasientene har daglig utlevering. Behandlingen kontrolleres dessuten i stor grad ved urinprøver. 68 % avga regelmessige urinprøver, definert som minst en gang i uken. Det var her stor forskjell mellom regionene med 97 % i Helseregion Vest og 65 % i Helseregion Øst. Enda større forskjell ble påvist mellom fylkene. Oslo hadde 59 % med regelmessige prøver, mens det var 96 % i tiltakene i Agder-fylkene og i Hordaland.

Den norske modellen har sentralisert inntaksvurdering men i stor grad desentralisert behandling. Dette avspeiles i undersøkelsen. LAR-medikamentet forskrives av lege ansatt i LAR-senter i 50 % av tilfellene, mens fastlegen forskriver 48 %. I tillegg kommer noen tilfeller av institusjonsansatt lege eller legevakt. 58 % av pasientene får medikamentet utlevert i apotek. Det er også noen som har utlevering hos lege eller i institusjon, men størstedelen av de som ikke går på apotek, kommer til et LAR-senter. Det er imidlertid betydelig variasjon også når det gjelder grad av desentralisering. I Helseregion Vest er det bare 11 % som har forskrivning gjennom fastlege, og bare 15 % som har utlevering i apotek. Modellen her er at pasientene oftest har sin forskrivning fra LAR-ansatt lege, mens de fleste får utlevert medikamentet hos lege eller i kommunal helse- eller sosialinstans. Høyest andel med fastlegen som forskriver, finner vi i fylkene utenom Oslo og Vestfold, Buskerud og Telemark. I disse fylkene er det nesten bare fastlegen som har denne rollen. Lavest andel er det i Rogaland og Hordaland. I Akershus og Østfold er det henholdsvis 87 % og 86 % som får medikamentet i apotek, mens dette gjelder 4 % i Rogaland og 24 % i Hordaland.

LAR i Norge har rehabilitering som overordnet målsetting. Statusundersøkelsen sier nokså lite om dette lykkes ut over å peke på at det er en høy andel som har fått ordnede boforhold og har fast inntekt på annen måte enn ved sosialstøtte, selv om nokså få har lønnsinntekt og mange har uføretrygd.

Undersøkelsen har noen enkle mål på kontakten med sentrale behandlere. Denne viser at sosialsenteret er den hyppigste kontakten. 55 % har hatt minst én slik kontakt de siste fire uker og en like stor andel har minst ett ansvarsgruppemøte. Kontakten med forskrivende lege er lavere slik at noe mer enn en tredel har hatt kontakt med denne lege, mens 41 % har hatt kontakt med konsulent fra LAR-tiltaket. Det er nokså tydelige forskjeller i mønstrene. I Helseregion Midt- og Nord-Norge er det vesentlig hyppigere kontakt med LAR-konsulent og sosialkonsulent, men nokså liten bruk av ansvarsgrupper. LAR-forskrivende lege har også stor kontaktflate. En rekke fylker mangler LAR-konsulent og behandlingen planlegges hovedsakelig av fastlege og sosialsenter. I noen fylker, som Oslo, står LAR-konsulent særlig sentralt i oppfølgingen av pasienten. Det kan synes som om en i de to nordlige regionene har utviklet et særlig systematisk samarbeid mellom kommunale instanser og LAR-senteret uten at dette i så stor grad bygger på ansvarsgrupper. Andre steder er det andre mønstre preget av sentrenes oppbygning og lokale forhold.

Resultatene av behandlingen kan først og fremst bedømmes ved grad av rusmestring og reduksjon av kriminalitet og risikoatferd. Statusundersøkelsen har spørsmål om psykisk helse,

men bedømmelsen av funnene er vanskelig fordi andelen ukjent viser at opplysningene bedømmes som for usikre, og fordi det er et svarmønster som peker mot ulik bruk av kriteriene. Det er dessuten en endring av funnene mellom 2002 og 2003 som først og fremst bør forklares med endret instruks for bruk av kriteriene. Det man kan si, er at omtrent hver tiende LAR-klient i behandling har symptomer som peker på betydelig depresjon, og at enda noe flere plages av betydelig stressfølelse og angst. Vi har ikke noe utgangsmål slik at det er vanskelig å si om dette er noen endring fra før LAR. Undersøkelsen peker imidlertid mot et område hvor kartlegging og diagnostikk kanskje er undervurdert og hvor samarbeidet med psykiatriske tiltak bør styrkes.

Resultatene når det gjelder bruk av rusmidler bør vurderes som gode. Landsgjennomsnittet av de som har brukt morfinstoffer siste fire uker ligger på 10 %, og dette er lavt for en pasientgruppe som har hatt mangeårig avhengighetspreget bruk, ofte på tross av omfattende behandlingsforsøk. Det er nesten tre ganger så mange som har brukt benzodiazepin uten legeforskrivning og samme andel som har brukt cannabis. Alle opplysningene er noe usikre på grunn av manglende svar for rundt 15 %.

Gjennomgående er rusmiddelbruken noe lavere i 2003 enn den var i 2002. Bedømmelse ved urinprøver viser omtrent det samme nivået som ved selvrapportering, men det er en del variasjoner, særlig når det gjelder cannabis. Rangeringen høyest/lavest skifter mellom disse rapporteringsformene slik at bedømmelse bør gjøres med forsiktighet.

Det er likevel sikre variasjoner for påviste nivåer i de ulike regionene og enda mer mellom de ulike tiltakene. Særlig i 2002 rapporterte MARiT, som betjener de nordlige regionene, vesentlig lavere andel med påvist bruk av illegale midler enn de andre tiltakene. I 2003 er forskjellen noe mindre, men fortsatt reell. Forskjellen er minst når det gjelder bruk av stoffer som heroin hvor det ikke er statistisk sikre forskjeller målt i forhold til landsgjennomsnittet selv om forskjellen mellom de fylkene som har høyest og de som har lavest. Forskjellen er større når det gjelder benzodiazepinbruk. Her ser problemene ut til å være vesentlig større i Hordaland, Oslo og Aust-Agder, mens innlandsfylkene i Helseregion Øst og enkelte av fylkene i sør har mindre vansker. Cannabisbruken rapporteres som det største problemet i Agderfylkene, Oslo og Oppland. MARiT ligger i den nedre delen av rangering med økende problemer for alle rusmidler, mens Oslo ligger i den øvre delen.

Den største forskjellen kommer frem ved klinisk bedømmelse av helhetlig rusmestring. I 2002 rapporterte sentret i Helseregion Midt- og Nord-Norge, MARiT, at 77 % av pasientene var helt uten noe tegn til rusmiddelproblemer de siste fire ukene før undersøkelsen, mens nivået i Helseregion vest ble bedømt til 25 %. I rapporteringen fra 2003 er disse forskjellene sterkt redusert, og Helseregion Vest ligger nå omtrent på landssnittet. MARiT beskriver imidlertid fortsatt reelt høyere andel med svært god rusmestring. Om vi ser dette i sammenheng med funnene ved de ulike rusmiddeltypene, ser vi at bakgrunnen må ligge i en relativt høy andel som ikke har brukt noen type rusmiddel, mens en i andre områder i større grad har funn av minst ett. Det er flere usikkerhetsmomenter ved måten å bedømme på, men det er likevel rimelig å konkludere med en tydelig høyere andel med svært god rusmestring i disse regionene. Det kan være flere forklaringer, men en av dem bør søkes i mer systematisk rehabilitering og bedre koordinert oppfølging. Delforklaringer kan også være knyttet til inntakspraksis og utskrivninger slik det går frem av særlige rapporter på disse områdene. Antall måneder uten noe misbruk og antall måneder uten misbruk av opiater understøtter disse vurderingene.

## 10 Appendiks

### Statusundersøkelse 2003

#### Landsoversikt 2003

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord	
	n=		n=		n=		n=		n=	
<b>Kjønn</b>										
Kvinner	674	31 %	350	34 %	154	28 %	110	26 %	60	34 %
Menn	1494	69 %	674	66 %	399	72 %	306	74 %	115	66 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	38		40		38		37		39	
<b>Behandlingsvarighet (dager; gjennomsnitt)</b>										
For pasienter fortsatt i behandling			828		770		579		645	
For utskrevne pasienter			756		590		309		248	
<b>A1. Beskjeftigelse</b>										
<b>a. Yrkesstatus*</b>										
0. Uten beskjeftigelse	1686	78 %	835	82 %	402	73 %	335	81 %	114	65 %
1. Heltidsjobb	163	8 %	65	6 %	52	9 %	22	5 %	24	14 %
2. Deltidsjobb	134	6 %	48	5 %	46	8 %	23	6 %	17	10 %
3. Under utdanning	143	7 %	57	6 %	41	7 %	30	7 %	15	9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	18	1 %	4	0 %	8	1 %	3	1 %	3	2 %
9. Ukjent	24	1 %	15	1 %	4	1 %	3	1 %	2	1 %
<b>b. Arbeidstrening/kurs</b>										
0. Nei	1804	83 %	854	83 %	467	84 %	352	85 %	131	75 %
1. Ja	284	13 %	124	12 %	78	14 %	43	10 %	39	22 %
9. Ukjent	80	4 %	46	4 %	8	1 %	21	5 %	5	3 %
<b>c. Dagtilbud*</b>										
0. Nei	1595	74 %	698	68 %	450	81 %	320	77 %	127	73 %
1. Ja	464	21 %	250	24 %	95	17 %	78	19 %	41	23 %
9. Ukjent	109	5 %	76	7 %	8	1 %	18	4 %	7	4 %
<b>d. Fast fritidsaktivitet*</b>										
0. Nei	1537	71 %	805	79 %	403	73 %	224	54 %	105	60 %
1. Ja	479	22 %	169	17 %	127	23 %	120	29 %	63	36 %
9. Ukjent	132	6 %	50	5 %	23	4 %	52	13 %	7	4 %
<b>A2. Viktigste inntekt*</b>										
00. Forsørget av andre	9	0 %	1	0 %	2	0 %	4	1 %	2	1 %
01. Arbeidsinntekt	123	6 %	48	5 %	46	8 %	15	4 %	14	8 %
02. Studielån/stipend	3	0 %	2	0 %	0	0 %	1	0 %	0	0 %
03. Dagpenger (arbeidsledig)	6	0 %	1	0 %	1	0 %	4	1 %	0	0 %
04. Sykepenger/delvis sykepenger	16	1 %	5	0 %	8	1 %	3	1 %	0	0 %
05. Yrkesmessig attføring/rehabiliteringspenger	730	34 %	260	25 %	222	40 %	169	41 %	79	45 %
06. Uførepensjon/alderspension	793	37 %	436	43 %	196	35 %	98	24 %	63	36 %
07. Stønad til enslig forsørger	8	0 %	3	0 %	0	0 %	4	1 %	1	1 %
08. Sosialhjelp	423	20 %	245	24 %	62	11 %	100	24 %	16	9 %
09. Ukjent	44	2 %	15	1 %	12	2 %	17	4 %	0	0 %
10. Annet	13	1 %	8	1 %	4	1 %	1	0 %	0	0 %

## Landsoversikt 2003

## Statusundersøkelse 2003

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord	
	n= 2168		n= 1024		n= 553		n= 416		n= 175	
<b>A3. Boligforhold</b>										
0. Ingen bolig	29	1 %	16	2 %	9	2 %	3	1 %	1	1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	120	6 %	83	8 %	5	1 %	27	6 %	5	3 %
2. Institusjon	151	7 %	77	8 %	48	9 %	14	3 %	12	7 %
3. Fængsel	25	1 %	10	1 %	3	1 %	12	3 %	0	0 %
4. Hos foreldre	134	6 %	65	6 %	39	7 %	29	7 %	1	1 %
5. Hos andre*	65	3 %	30	3 %	19	3 %	11	3 %	5	3 %
6. Egen bolig*	1617	75 %	725	71 %	423	76 %	319	77 %	150	86 %
7. Annet	12	1 %	6	1 %	4	1 %	1	0 %	1	1 %
9. Ukjent	15	1 %	12	1 %	3	1 %	0	0 %	0	0 %
<b>A4. Sosialt nettverk</b>										
0. Familie med rusproblemer	266	12 %	129	13 %	67	12 %	33	8 %	37	21 %
1. Familie uten rusproblemer	791	36 %	363	35 %	212	38 %	154	37 %	62	35 %
2. Venner/bekjente med rusproblemer	477	22 %	227	22 %	154	28 %	56	13 %	40	23 %
3. Venner/bekjente uten rusproblemer	182	8 %	85	8 %	46	8 %	37	9 %	14	8 %
4. Er mest alene	284	13 %	133	13 %	56	10 %	75	18 %	20	11 %
9. Ukjent	168	8 %	87	8 %	18	3 %	61	15 %	2	1 %
<b>A6. MAR-medikament</b>										
0. Metadon	1656	76 %	911	89 %	434	78 %	158	38 %	153	87 %
1. Buprenorfin (Subutex)	492	23 %	97	9 %	119	22 %	254	61 %	22	13 %
9. Ukjent	20	1 %	16	2 %	0	0 %	4	1 %	0	0 %
<b>A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)</b>										
Metadon	113		110		113		91		139	
Buprenorfin	16		16		18		15		16	
<b>A9. Forskrivende lege</b>										
0. Lege i MAR-tiltak	1084	50 %	475	46 %	210	38 %	369	89 %	30	17 %
1. Fastlege	1036	48 %	514	50 %	333	60 %	46	11 %	143	82 %
2. Annen lege	35	2 %	24	2 %	10	2 %	1	0 %	0	0 %
9. Ukjent	12	1 %	11	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
<b>A10. Andre medikamenter</b>										
<b>a. Forskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av MAR-medikamentet?*</b>										
0. Nei	1842	85 %	854	83 %	480	87 %	352	85 %	156	89 %
1. Ja	186	9 %	93	9 %	52	9 %	29	7 %	12	7 %
9. Ukjent	140	6 %	77	8 %	21	4 %	35	8 %	7	4 %
<b>b. Forskrives B-preparater?*</b>										
0. Nei	1788	82 %	810	79 %	456	82 %	375	90 %	147	84 %
1. Ja	300	14 %	159	16 %	90	16 %	26	6 %	25	14 %
9. Ukjent	80	4 %	55	5 %	7	1 %	15	4 %	3	2 %
<b>A11. MAR-medikamentutlevering</b>										
<b>a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)</b>										
	4		4		5		0		4	

## Landsoversikt 2003

## Statusundersøkelse 2003

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord	
	n=		n=		n=		n=		n=	
<b>b. Utleveringssted</b>										
0. MAR-tiltak	160	7 %	141	14 %	11	2 %	5	1 %	3	2 %
1. Apotek	1252	58 %	707	69 %	357	65 %	62	15 %	126	72 %
2. Hjemmetjeneste	167	8 %	34	3 %	99	18 %	15	4 %	19	11 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	193	9 %	94	9 %	59	11 %	25	6 %	15	9 %
4. Annet	371	17 %	25	2 %	27	5 %	308	74 %	11	6 %
9. Ukjent	25	1 %	23	2 %	0	0 %	1	0 %	1	1 %
<b>c. Andre utleveringssteder</b>										
0. Utlevering kun ett sted	1876	87 %	859	84 %	507	92 %	365	88 %	145	83 %
1. Utlevering to eller flere steder pr uke	196	9 %	74	7 %	44	8 %	50	12 %	28	16 %
9. Ukjent	96	4 %	91	9 %	2	0 %	1	0 %	2	1 %
<b>A12. Urinprøver</b>										
<b>a. Urinprøveordning</b>										
0. Ingen urinprøver	107	5 %	93	9 %	9	2 %	5	1 %	0	0 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	341	16 %	230	22 %	77	14 %	6	1 %	28	16 %
2. Regelmessige urinprøver	1676	77 %	661	65 %	464	84 %	405	97 %	146	83 %
9. Ukjent	44	2 %	40	4 %	3	1 %	0	0 %	1	1 %
Hvis regelmessige urinprøver:										
<b>b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)</b>										
	2		2		2		2		2	
<b>c. Urinprøvested</b>										
0. MAR-tiltak	456	21 %	322	31 %	122	22 %	8	2 %	4	2 %
1. Lege-/helsesenter	945	44 %	380	37 %	278	50 %	216	52 %	71	41 %
2. Laboratorium	138	6 %	89	9 %	5	1 %	3	1 %	41	23 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	195	9 %	98	10 %	54	10 %	26	6 %	17	10 %
4. Annet	326	15 %	35	3 %	89	16 %	161	39 %	41	23 %
9. Ukjent/Ingen urinprøver	108	5 %	100	10 %	5	1 %	2	0 %	1	1 %
<b>B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO</b>										
<b>B1. Oppfølging siste 4 uker*</b>										
Har pasienten møtt til avtale hos:										
<b>a. Konsulent ved MAR-tiltak</b>										
0. Nei	1158	53 %	496	48 %	349	63 %	282	68 %	31	18 %
1. Ja	887	41 %	410	40 %	202	37 %	134	32 %	141	81 %
9. Ukjent	123	6 %	118	12 %	2	0 %	0	0 %	3	2 %
<b>b. Sosial-/ruskonsulent</b>										
0. Nei	731	34 %	328	32 %	272	49 %	113	27 %	18	10 %
1. Ja	1198	55 %	546	53 %	252	46 %	248	60 %	152	87 %
9. Ukjent	241	11 %	150	15 %	31	6 %	55	13 %	5	3 %
<b>c. Ansvarsgruppe*</b>										
0. Nei	877	40 %	414	40 %	167	30 %	191	46 %	105	60 %
1. Ja	1188	55 %	530	52 %	382	69 %	211	51 %	65	37 %
9. Ukjent	103	5 %	80	8 %	4	1 %	14	3 %	5	3 %

## Landsoversikt 2003

## Statusundersøkelse 2003

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord	
	n=		n=		n=		n=		n=	
d. MAR-forskrivende lege										
0. Nei	1203	55 %	515	50 %	266	48 %	360	87 %	62	35 %
1. Ja	766	35 %	402	39 %	228	41 %	30	7 %	106	61 %
9. Ukjent	199	9 %	107	10 %	59	11 %	26	6 %	7	4 %
e. Psykolog/psykiatrisk behandler*										
0. Nei	1645	76 %	724	71 %	462	84 %	319	77 %	140	80 %
1. Ja	309	14 %	146	14 %	80	14 %	54	13 %	29	17 %
9. Ukjent	214	10 %	154	15 %	11	2 %	43	10 %	6	3 %
f. MAR-pasientgruppe										
0. Nei	1901	88 %	842	82 %	519	94 %	374	90 %	166	95 %
1. Ja	76	4 %	28	3 %	23	4 %	21	5 %	4	2 %
9. Ukjent	191	9 %	154	15 %	11	2 %	21	5 %	5	3 %
g. Behandler ved ruspoliklinikk										
0. Nei	1729	80 %	773	75 %	473	86 %	328	79 %	155	89 %
1. Ja	241	11 %	109	11 %	70	13 %	48	12 %	14	8 %
9. Ukjent	210	10 %	154	15 %	10	2 %	40	10 %	6	3 %
h. Kriminalomsorg i frihet										
0. Nei	1901	88 %	847	83 %	536	97 %	367	88 %	151	86 %
1. Ja	58	3 %	29	3 %	10	2 %	14	3 %	5	3 %
9. Ukjent	209	10 %	148	14 %	7	1 %	35	8 %	19	11 %
B2. Psykiske vansker siste 4 uker*										
a. Hatt alvorlig depresjon*										
0. Nei	1606	74 %	727	71 %	463	84 %	275	66 %	141	81 %
1. Ja	267	12 %	148	14 %	41	7 %	50	12 %	28	16 %
9. Ukjent	295	14 %	149	15 %	49	9 %	91	22 %	6	3 %
b. Hatt alvorlig angst*										
0. Nei	1513	70 %	691	67 %	423	76 %	263	63 %	136	78 %
1. Ja	354	16 %	182	18 %	85	15 %	58	14 %	29	17 %
9. Ukjent	301	14 %	151	15 %	45	8 %	95	23 %	10	6 %
c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*										
0. Nei	1799	83 %	832	81 %	487	88 %	316	76 %	164	94 %
1. Ja	73	3 %	38	4 %	22	4 %	11	3 %	2	1 %
9. Ukjent	296	14 %	154	15 %	44	8 %	89	21 %	9	5 %
B3. Kroppslige skader/ sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet de siste 4 ukene?										
0. Nei	1414	65 %	586	57 %	389	70 %	302	73 %	137	78 %
1. Ja	517	24 %	290	28 %	134	24 %	57	14 %	36	21 %
9. Ukjent	235	11 %	148	14 %	28	5 %	57	14 %	2	1 %
B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?										
0. Nei	1505	69 %	703	69 %	401	73 %	263	63 %	138	79 %
1. Ja	327	15 %	150	15 %	82	15 %	62	15 %	33	19 %
9. Ukjent	336	15 %	171	17 %	70	13 %	91	22 %	4	2 %

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord		
	n= 2168		n= 1024		n= 553		n= 416		n= 175		
<b>B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker*</b>											
(Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)											
<b>a. Opioider</b>											
0. Nei	1678	77 %	765	75 %	471	85 %	296	71 %	146	83 %	
1. Ja	252	12 %	137	13 %	53	10 %	43	10 %	19	11 %	
9. Ukjent	238	11 %	122	12 %	29	5 %	77	19 %	10	6 %	
<b>b. Cannabis</b>											
0. Nei	1335	62 %	573	56 %	380	69 %	248	22 %	134	77 %	
1. Ja	599	28 %	324	32 %	148	27 %	93	18 %	34	19 %	
9. Ukjent	234	11 %	127	12 %	25	5 %	75	0 %	7	4 %	
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>											
0. Nei	1350	62 %	601	59 %	394	71 %	222	53 %	133	76 %	
1. Ja	601	28 %	309	30 %	135	24 %	120	29 %	37	21 %	
9. Ukjent	217	10 %	114	11 %	24	4 %	74	18 %	5	3 %	
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>											
0. Nei	1595	74 %	769	75 %	423	76 %	260	63 %	143	82 %	
1. Ja	330	15 %	127	12 %	100	18 %	77	19 %	26	15 %	
9. Ukjent	243	11 %	128	13 %	30	5 %	79	19 %	6	3 %	
<b>e. Alkohol til beruselse*</b>											
0. Nei	1730	80 %	770	75 %	494	89 %	316	76 %	150	86 %	
1. Ja	143	7 %	83	8 %	29	5 %	18	4 %	13	7 %	
9. Ukjent	295	14 %	171	17 %	30	5 %	82	20 %	12	7 %	
<b>B6. Positive urinprøver siste 4 uker</b>											
<b>a. Opioider</b>											
0. Nei	1566	72 %	655	64 %	440	80 %	322	77 %	149	85 %	
1. Ja	254	12 %	113	11 %	59	11 %	64	15 %	18	10 %	
9. Ukjent	348	16 %	256	25 %	54	10 %	30	7 %	8	5 %	
<b>b. Cannabis</b>											
0. Nei	1226	57 %	490	48 %	342	62 %	259	62 %	135	77 %	
1. Ja	602	28 %	276	27 %	161	29 %	131	31 %	34	19 %	
9. Ukjent	340	16 %	258	25 %	50	9 %	26	6 %	6	3 %	
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>											
0. Nei	1196	55 %	493	48 %	346	63 %	224	54 %	133	76 %	
1. Ja	642	30 %	280	27 %	157	28 %	167	40 %	38	22 %	
9. Ukjent	330	15 %	251	25 %	50	9 %	25	6 %	4	2 %	
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>											
0. Nei	1459	67 %	637	62 %	405	73 %	273	66 %	144	82 %	
1. Ja	367	17 %	130	13 %	96	17 %	115	28 %	26	15 %	
9. Ukjent	342	16 %	257	25 %	52	9 %	28	7 %	5	3 %	
<b>e. Alkohol</b>											
0. Nei	1646	76 %	670	65 %	475	86 %	343	82 %	158	90 %	
1. Ja	112	5 %	45	4 %	23	4 %	34	8 %	10	6 %	
9. Ukjent	410	19 %	309	30 %	55	10 %	39	9 %	7	4 %	



## Landsoversikt 2003

## Statusundersøkelse 2003

	Norge		Øst		Sør		Vest		Midt/nord	
	n=		n=		n=		n=		n=	
B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker*										
0. Ingen tegn til rusing verken klinisk eller ved prøver	959	44 %	402	39 %	267	48 %	177	43 %	113	65 %
1. Enkeltstående tegn til rusmiddelbruk, bedømt som tilfeldig/mindre betydningsfullt	504	23 %	302	29 %	105	19 %	79	19 %	18	10 %
2. Utilstrekkelig ruskontroll, utskrivning ikke aktuelt*	363	17 %	194	19 %	85	15 %	69	17 %	15	9 %
3. Alvorlige rusproblemer, fare for utskrivning*	162	7 %	55	5 %	43	8 %	58	14 %	6	3 %
4. Utskrevet pga vedvarende rusmisbruk	109	5 %	0	0 %	53	10 %	33	8 %	23	13 %
Mangler/ukjent			77							
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	1694	78 %	816	80 %	448	81 %	269	65 %	161	92 %
1. Ja	183	8 %	76	7 %	56	10 %	48	12 %	3	2 %
9. Ukjent	291	13 %	132	13 %	49	9 %	99	24 %	11	6 %
b. Tiltalt (reist sak)										
0. Nei	1740	80 %	826	81 %	478	86 %	271	65 %	165	94 %
1. Ja	148	7 %	66	6 %	37	7 %	41	10 %	4	2 %
9. Ukjent	280	13 %	132	13 %	38	7 %	104	25 %	6	3 %
c. Idømt forelegg/bot										
0. Nei	1620	75 %	741	72 %	447	81 %	270	65 %	162	93 %
1. Ja	157	7 %	79	8 %	40	7 %	36	9 %	2	1 %
9. Ukjent	391	18 %	204	20 %	66	12 %	110	26 %	11	6 %
d. Idømt soning/sikring										
0. Nei	1770	82 %	842	82 %	480	87 %	285	69 %	163	93 %
1. Ja	143	7 %	67	7 %	36	7 %	34	8 %	6	3 %
9. Ukjent	255	12 %	115	11 %	37	7 %	97	23 %	6	3 %
C2. Overdose siste år (Livstruende forgiftning)										
0. Nei	1842	85 %	869	85 %	495	90 %	313	75 %	165	94 %
1. Ja	63	3 %	30	3 %	18	3 %	13	3 %	2	1 %
9. Ukjent	263	12 %	125	12 %	40	7 %	90	22 %	8	5 %
C3. Suicidforsøk siste år										
0. Nei	1817	84 %	881	86 %	443	80 %	327	79 %	166	95 %
1. Ja	38	2 %	25	2 %	9	2 %	2	0 %	2	1 %
9. Ukjent	240	11 %	118	12 %	28	5 %	87	21 %	7	4 %
C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år										
a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)	6		5		5		5		7	
b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)	8		8		8		7		8	

## Statusundersøkelse 2003

### Helseregion Øst

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>Kjønn</b>												
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 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	40		41		40		39		39		41	
<b>Behandlingsvarighet (dager;gj.snitt)</b>												
Pasienter i behandling	828		783		972		754		912		717	
Utskrevne pasienter	756		680		603		632		1039		828	
<b>A1. Beskjeftigelse</b>												
<b>a. Yrkesstatus</b>												
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>b. Arbeidstrening/ kurs</b>												
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 %
<b>c. Dagtilbud*</b>												
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 %
<b>d. Fast fritidsaktivitet*</b>												
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 %
<b>A2. Viktigste inntekt*</b>												
00. Forsørgt 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 utføring/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. Stønad 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 %
10. Annet	8	1 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	2	1 %	6	1 %

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>A3. Boligforhold</b>	n=	1024	n=	75	n=	86	n=	135	n=	135	n=	593
0. Ingen bolig	16	2 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	3	2 %	11	2 %
1. Hospits/ hybelhus/hotel	83	8 %	1	1 %	0	0 %	6	4 %	3	2 %	73	12 %
2. Institusjon	77	8 %	0	0 %	9	10 %	3	2 %	2	1 %	63	11 %
3. Fengsel	10	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	8	1 %
4. Hos foreldre	65	6 %	3	4 %	3	3 %	11	8 %	12	9 %	36	6 %
5. Hos andre*	30	3 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %	8	6 %	19	3 %
6. Egen bolig*	725	71 %	69	92 %	73	85 %	113	84 %	103	76 %	367	62 %
7. Annet	6	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	5	1 %
9. Ukjent	12	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	11	2 %
<b>A4. Sosialt nettverk</b>												
0. Familie med rusproblemer	129	13 %	7	9 %	19	22 %	7	5 %	19	14 %	77	13 %
1. Familie uten rusproblemer	363	35 %	33	44 %	29	34 %	71	53 %	53	39 %	177	30 %
2. Venner/bekjente med rusproblemer	227	22 %	9	12 %	16	19 %	16	12 %	24	18 %	161	27 %
3. Venner/bekjente uten rusproblemer	85	8 %	8	11 %	7	8 %	10	7 %	13	10 %	48	8 %
4. Er mest alene	133	13 %	16	21 %	12	14 %	24	18 %	17	13 %	64	11 %
9. Ukjent	87	8 %	2	3 %	3	3 %	7	5 %	9	7 %	66	11 %
<b>A6. MAR-medikament</b>												
0. Metadon	911	89 %	67	89 %	75	87 %	123	91 %	119	88 %	503	85 %
1. Buprenorfin (Subutex)	97	9 %	7	9 %	9	10 %	11	8 %	14	10 %	56	9 %
9. Ukjent	16	2 %	1	1 %	2	2 %	1	1 %	2	1 %	7	1 %
<b>A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)</b>												
Metadon	110		135		110		100		100		110	
Buprenorfin	16		16		16		16		16		16	
<b>A9. Forskrivende lege</b>												
0. Lege i MAR-tiltak	475	46 %	2	3 %	8	9 %	2	1 %	4	3 %	459	77 %
1. Fastlege	514	50 %	73	97 %	75	87 %	126	93 %	123	91 %	117	20 %
2. Annen lege	24	2 %	0	0 %	1	1 %	6	4 %	0	0 %	10	2 %
9. Ukjent	11	1 %	0	0 %	2	2 %	1	1 %	1	1 %	7	1 %
<b>A10. Andre medikamenter</b>												
<b>a. Forskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av MAR-medikamentet?</b>												
0. Nei	854	83 %	66	88 %	70	81 %	103	76 %	111	82 %	504	85 %
1. Ja	93	9 %	4	5 %	8	9 %	22	16 %	15	11 %	44	7 %
9. Ukjent	77	8 %	75	100 %	8	9 %	135	100 %	9	7 %	46	8 %
<b>b. Forskrives B-preparater?*</b>												
0. Nei	810	79 %	56	75 %	65	76 %	94	70 %	102	76 %	493	83 %
1. Ja	159	16 %	13	17 %	12	14 %	36	27 %	26	19 %	72	12 %
9. Ukjent	55	5 %	6	8 %	9	10 %	5	4 %	7	5 %	28	5 %

## Helseregion Øst

## Statusundersøkelse 2003

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
A11. MAR-medikamentutlevering	1024		75		86		135		135		593	
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4											
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 %	0	0 %	1	1 %	11	8 %	8	6 %	73	12 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	230	22 %	16	21 %	31	36 %	18	13 %	30	22 %	136	23 %
2. Regelmessige urinprøver	661	65 %	59	79 %	52	60 %	106	79 %	93	69 %	352	59 %
9. Ukjent	40	4 %	0	0 %	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 %

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>b. Sosial-/ruskonsulent</b>												
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 %
<b>c. Ansvarsgruppe*</b>												
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 %
<b>d. MAR-forskrivende lege</b>												
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 %
<b>e. Psykolog/psykiatrisk behandler*</b>												
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 %
<b>f. MAR-pasientgruppe</b>												
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 %
<b>g. Behandler ved ruspoliklinikk</b>												
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 %
<b>h. Kriminalomsorg i frihet</b>												
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 %
<b>B2. Psykiske vansker siste 4 uker*</b>												
<b>a. Hatt alvorlig depresjon*</b>												
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>b. Hatt alvorlig angst*</b>												
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 %
<b>c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*</b>												
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 %

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>B3. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker?</b>	1024		75		86		135		135		593	
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 %
<b>B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?</b>												
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 %
<b>B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker*</b> (Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)												
<b>a. Opioider</b>												
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>b. Cannabis</b>												
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 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>												
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 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>												
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 %
<b>e. Alkohol til beruselse*</b>												
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 %
<b>B6. Positive urinprøver siste 4 uker</b> (Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)												
<b>a. Opioider</b>												
0. Nei	655	64 %	57	76 %	73	85 %	101	75 %	94	70 %	336	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 %

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>b. Cannabis</b>												
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 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>												
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 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>												
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 %
<b>e. Alkohol</b>												
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 %
<b>B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker*</b>												
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	-
<b>C. SISTE ÅR (hvis pasienten ikke har vært inkludert hele året skal opplysningene gjelde den perioden pasienten har vært inkludert)</b>												
<b>C1. Lovbrudd siste år</b>												
<b>a. Arrestert/varetekt</b>												
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>b. Tiltalt (reist sak)</b>												
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 %

	Øst		Oppland		Hedmark		Østfold		Akershus		Oslo	
	n=	1024	n=	75	n=	86	n=	135	n=	135	n=	593
<b>c. Idømt forelegg/bot</b>												
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 %
<b>d. Idømt soning/sikring</b>												
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 %
<b>C2. Overdose siste år (Livstruende forgiftning)</b>												
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 %
<b>C3. Suicidforsøk siste år</b>												
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 %
<b>C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år</b>												
<b>a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)</b>												
	5		6		7		6		5		4	
<b>b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)</b>												
	8		7		10		8		8		8	



## Statusundersøkelse 2003

### Helseregion Sør

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>Kjønn</b>												
Kvinner	154	28 %	50	29 %	20	27 %	19	25 %	36	27 %	29	30 %
Menn	399	72 %	123	71 %	53	73 %	57	75 %	99	73 %	67	70 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	38		37		37				39		39	
<b>Behandlingsvarighet (dager; gjennomsnitt)</b>												
For pasienter fortsatt i behandling	770		770		917		735		760		672	
For utskrevne pasienter	590		541		475		623		878		435	
<b>A1. Beskjeftigelse</b>												
<b>a. Yrkesstatus*</b>												
0. Uten beskjeftigelse	402	73 %	125	72 %	60	82 %	51	67 %	100	74 %	66	69 %
1. Heltidsjobb	52	9 %	15	9 %	3	4 %	12	16 %	7	5 %	15	16 %
2. Deltidsjobb	46	8 %	18	10 %	3	4 %	6	8 %	17	13 %	2	2 %
3. Under utdanning	41	7 %	11	6 %	4	5 %	5	7 %	9	7 %	12	13 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	8	1 %	3	2 %	3	4 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %
9. Ukjent	4	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
<b>b. Arbeidstrening/kurs</b>												
0. Nei	467	84 %	140	81 %	66	90 %	68	89 %	110	81 %	83	86 %
1. Ja	78	14 %	29	17 %	7	10 %	7	9 %	23	17 %	12	13 %
9. Ukjent	8	1 %	4	2 %	0	0 %	1	1 %	2	1 %	1	1 %
<b>c. Dagtilbud*</b>												
0. Nei	450	81 %	131	76 %	56	77 %	65	86 %	113	84 %	85	89 %
1. Ja	95	17 %	38	22 %	17	23 %	10	13 %	20	15 %	10	10 %
9. Ukjent	8	1 %	4	2 %	0	0 %	1	1 %	2	1 %	1	1 %
<b>d. Fast fritidsaktivitet*</b>												
0. Nei	403	73 %	122	71 %	52	71 %	46	61 %	102	76 %	81	84 %
1. Ja	127	23 %	45	26 %	21	29 %	27	36 %	24	18 %	10	10 %
9. Ukjent	23	4 %	6	3 %	0	0 %	3	4 %	9	7 %	5	5 %
<b>A2. Viktigste inntekt*</b>												
00. Forsørget av andre	2	0 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
01. Arbeidsinntekt	46	8 %	14	8 %	3	4 %	10	13 %	7	5 %	12	13 %
02. Studielån/stipend	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
03. Dagpenger (arbeidsledig)	1	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %
04. Sykepenger/delvis sykepenger	8	1 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	3	2 %	3	3 %
05. Yrkesmessig attføring/rehabiliteringspenger	222	40 %	71	41 %	21	29 %	26	34 %	61	45 %	43	45 %
06. Uførepensjon/alderspensjon	196	35 %	60	35 %	36	49 %	30	39 %	40	30 %	30	31 %
07. Stønnd til enslig forsørger	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
08. Sosialhjelp	62	11 %	19	11 %	11	15 %	7	9 %	20	15 %	5	5 %
09. Ukjent	12	2 %	5	3 %	1	1 %	1	1 %	3	2 %	2	2 %
10. Annet	4	1 %	2	1 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>A3. Boligforhold</b>												
0. Ingen bolig	9	2 %	6	3 %	1	1 %	0	0 %	2	1 %	0	0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5	1 %	0	0 %	0	0 %	2	3 %	3	2 %	0	0 %
2. Institusjon	48	9 %	14	8 %	8	11 %	4	5 %	11	8 %	11	11 %
3. Fængsel	3	1 %	2	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %
4. Hos foreldre	39	7 %	11	6 %	5	7 %	3	4 %	9	7 %	11	11 %
5. Hos andre*	19	3 %	6	3 %	5	7 %	0	0 %	6	4 %	2	2 %
6. Egen bolig*	423	76 %	130	75 %	53	73 %	67	88 %	103	76 %	70	73 %
7. Annet	4	1 %	2	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
9. Ukjent	3	1 %	2	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
<b>A4. Sosialt nettverk</b>												
0. Familie med rusproblemer	67	12 %	25	14 %	11	15 %	6	8 %	19	14 %	6	6 %
1. Familie uten rusproblemer	212	38 %	61	35 %	21	29 %	45	59 %	50	37 %	35	36 %
2. Venner/bekjente med rusproblemer	154	28 %	45	26 %	22	30 %	8	11 %	41	30 %	38	40 %
3. Venner/bekjente uten rusproblemer	46	8 %	21	12 %	4	5 %	8	11 %	6	4 %	7	7 %
4. Er mest alene	56	10 %	17	10 %	15	21 %	7	9 %	10	7 %	7	7 %
9. Ukjent	18	3 %	4	2 %	0	0 %	2	3 %	9	7 %	3	3 %
<b>A6. MAR-medikament</b>												
0. Metadon	434	78 %	125	72 %	57	78 %	58	76 %	101	75 %	93	97 %
1. Buprenorfin (Subutex)	119	22 %	48	28 %	16	22 %	18	24 %	34	25 %	3	3 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)</b>												
Metadon	113		114		130		114		101		107	
Buprenorfin	18		22		17		17		14		19	
<b>A9. Forskrivende lege</b>												
0. Lege i MAR-tiltak	210	38 %	134	77 %	69	95 %	2	3 %	5	4 %	0	0 %
1. Fastlege	333	60 %	38	22 %	4	5 %	73	96 %	130	96 %	88	92 %
2. Annen lege	10	2 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	8	8 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>A10. Andre medikamenter</b>												
<b>a. Forskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av MAR-medikamentet?*</b>												
0. Nei	480	87 %	166	96 %	62	85 %	68	89 %	97	72 %	87	91 %
1. Ja	52	9 %	6	3 %	10	14 %	8	11 %	24	18 %	4	4 %
9. Ukjent	15	3 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	14	10 %	0	0 %
<b>b. Forskrives B-preparater?*</b>												
0. Nei	456	82 %	170	98 %	45	62 %	73	96 %	86	64 %	82	85 %
1. Ja	90	16 %	3	2 %	28	38 %	3	4 %	42	31 %	14	15 %
9. Ukjent	7	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	7	5 %	0	0 %

## Helseregion Sør

## Statusundersøkelse 2003

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>A11. MAR-medikamentutlevering</b>	553		173		73		76		135		96	
<b>a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)</b>	5		4		5		5		5		4	
<b>b. Utleveringssted</b>												
0. MAR-tiltak	11	2 %	6	3 %	4	5 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %
1. Apotek	357	65 %	96	55 %	44	60 %	46	61 %	104	77 %	67	70 %
2. Hjemmetjeneste	99	18 %	48	28 %	14	19 %	19	25 %	5	4 %	13	14 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	59	11 %	18	10 %	8	11 %	6	8 %	15	11 %	12	13 %
4. Annet	27	5 %	5	3 %	3	4 %	5	7 %	10	7 %	4	4 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>c. Andre utleveringssteder</b>												
0. Utlevering kun ett sted	507	92 %	171	99 %	61	84 %	54	71 %	129	96 %	92	96 %
1. Utlevering to eller flere steder pr uke	44	8 %	2	1 %	12	16 %	20	26 %	6	4 %	4	4 %
9. Ukjent	2	0 %	0	0 %	0	0 %	2	3 %	0	0 %	0	0 %
<b>A12. Urinprøver</b>												
<b>a. Urinprøveordning</b>												
0. Ingen urinprøver	9	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	8	6 %	1	1 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	77	14 %	8	5 %	3	4 %	21	28 %	22	16 %	23	24 %
2. Regelmessige urinprøver	464	84 %	165	95 %	70	96 %	55	72 %	102	76 %	72	75 %
9. Ukjent	3	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	2 %	0	0 %
<b>Hvis regelmessige urinprøver:</b>												
<b>b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)</b>	2		2		2		2		2		2	
<b>c. Urinprøvested</b>												
0. MAR-tiltak	122	22 %	104	60 %	17	23 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %
1. Lege-/helsesenter	278	50 %	49	28 %	34	47 %	45	59 %	115	85 %	35	36 %
2. Laboratorium	5	1 %	2	1 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	54	10 %	18	10 %	9	12 %	4	5 %	10	7 %	13	14 %
4. Annet	89	16 %	0	0 %	12	16 %	26	34 %	5	4 %	46	48 %
9. Ukjent/Ingen urinprøver	5	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	3 %	1	1 %
<b>B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO</b>												
<b>B1. Oppfølging siste 4 uker*</b>												
Har pasienten møtt til avtale hos:												
<b>a. Konsulent ved MAR-tiltak</b>												
0. Nei	345	62 %	94	54 %	29	40 %	64	84 %	80	59 %	78	81 %
1. Ja	202	37 %	77	45 %	44	60 %	12	16 %	52	39 %	17	18 %
2. Bruker ikke tilbudet	4	1 %	2	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	1	1 %
9. Ukjent	2	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	0	0 %

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>b. Sosial-/ruskonsulent</b>												
0. Nei	259	47 %	86	50 %	28	38 %	41	54 %	71	53 %	33	34 %
1. Ja	252	46 %	77	45 %	44	60 %	33	43 %	51	38 %	47	49 %
2. Bruker ikke tilbudet	11	2 %	4	2 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	5	5 %
9. Ukjent	24	4 %	0	0 %	0	0 %	2	3 %	11	8 %	11	11 %
<b>c. Ansvarsgruppe*</b>												
0. Nei	158	29 %	41	24 %	30	41 %	9	12 %	49	36 %	29	30 %
1. Ja	382	69 %	126	73 %	43	59 %	67	88 %	83	61 %	63	66 %
2. Bruker ikke tilbudet	9	2 %	4	2 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	4	4 %
9. Ukjent	2	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	0	0 %
<b>d. MAR-forskrivende lege</b>												
0. Nei	263	48 %	119	69 %	43	59 %	29	38 %	44	33 %	28	29 %
1. Ja	228	41 %	51	29 %	30	41 %	32	42 %	75	56 %	40	42 %
2. Bruker ikke tilbudet	3	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	2 %
9. Ukjent	57	10 %	0	0 %	0	0 %	15	20 %	16	12 %	26	27 %
<b>e. Psykolog/psykiatrisk behandler*</b>												
0. Nei	346	63 %	122	71 %	12	16 %	30	39 %	94	70 %	88	92 %
1. Ja	80	14 %	21	12 %	12	16 %	7	9 %	33	24 %	7	7 %
2. Bruker ikke tilbudet	116	21 %	28	16 %	49	67 %	38	50 %	0	0 %	1	1 %
9. Ukjent	9	2 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	8	6 %	0	0 %
<b>f. MAR-pasientgruppe</b>												
0. Nei	373	67 %	133	77 %	0	0 %	16	21 %	128	95 %	96	100 %
1. Ja	23	4 %	13	8 %	5	7 %	5	7 %	0	0 %	0	0 %
2. Bruker ikke tilbudet	146	26 %	22	13 %	68	93 %	55	72 %	1	1 %	0	0 %
9. Ukjent	6	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	6	4 %	0	0 %
<b>g. Behandler ved ruspoliklinikk</b>												
0. Nei	338	61 %	103	60 %	2	3 %	25	33 %	126	93 %	82	85 %
1. Ja	70	13 %	43	25 %	7	10 %	13	17 %	2	1 %	5	5 %
2. Bruker ikke tilbudet	135	24 %	27	16 %	64	88 %	37	49 %	0	0 %	7	7 %
9. Ukjent	10	2 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	7	5 %	2	2 %
<b>h. Kriminalomsorg i frihet</b>												
0. Nei	393	71 %	139	80 %	1	1 %	34	45 %	125	93 %	94	98 %
1. Ja	10	2 %	2	1 %	2	3 %	0	0 %	4	3 %	2	2 %
2. Bruker ikke tilbudet	143	26 %	31	18 %	70	96 %	42	55 %	0	0 %	0	0 %
9. Ukjent	6	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	6	4 %	0	0 %
<b>B2. Psykiske vansker siste 4 uker*</b>												
<b>a. Hatt alvorlig depresjon*</b>												
0. Nei	463	84 %	150	87 %	67	92 %	55	72 %	106	79 %	85	89 %
1. Ja	41	7 %	19	11 %	5	7 %	4	5 %	7	5 %	6	6 %
9. Ukjent	49	9 %	4	2 %	1	1 %	17	22 %	22	16 %	5	5 %

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>b. Hatt alvorlig angst*</b>												
0. Nei	423	76 %	145	84 %	50	68 %	52	68 %	98	73 %	78	81 %
1. Ja	85	15 %	25	14 %	22	30 %	7	9 %	19	14 %	12	13 %
9. Ukjent	45	8 %	3	2 %	1	1 %	17	22 %	18	13 %	6	6 %
<b>c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*</b>												
0. Nei	487	88 %	164	95 %	61	84 %	59	78 %	112	83 %	91	95 %
1. Ja	22	4 %	5	3 %	10	14 %	1	1 %	3	2 %	3	3 %
9. Ukjent	44	8 %	4	2 %	2	3 %	16	21 %	20	15 %	2	2 %
<b>B3. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker?</b>												
0. Nei	389	70 %	115	66 %	61	84 %	54	71 %	98	73 %	61	64 %
1. Ja	134	24 %	54	31 %	10	14 %	18	24 %	18	13 %	34	35 %
9. Ukjent	30	5 %	4	2 %	2	3 %	4	5 %	19	14 %	1	1 %
<b>B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?</b>												
0. Nei	401	73 %	125	72 %	52	71 %	62	82 %	92	68 %	70	73 %
1. Ja	82	15 %	38	22 %	12	16 %	8	11 %	13	10 %	11	11 %
9. Ukjent	70	13 %	10	6 %	9	12 %	6	8 %	30	22 %	15	16 %
<b>B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker* (Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)</b>												
<b>a. Optoider</b>												
0. Nei	471	85 %	141	82 %	63	86 %	66	87 %	116	86 %	85	89 %
1. Ja	53	10 %	23	13 %	6	8 %	8	11 %	7	5 %	9	9 %
9. Ukjent	29	5 %	9	5 %	4	5 %	2	3 %	12	9 %	2	2 %
<b>b. Cannabis</b>												
0. Nei	380	69 %	112	65 %	39	53 %	60	79 %	90	67 %	79	82 %
1. Ja	148	27 %	55	32 %	30	41 %	15	20 %	33	24 %	15	16 %
9. Ukjent	25	5 %	6	3 %	4	5 %	1	1 %	12	9 %	2	2 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>												
0. Nei	394	71 %	117	68 %	43	59 %	59	78 %	101	75 %	74	77 %
1. Ja	135	24 %	51	29 %	26	36 %	16	21 %	22	16 %	20	21 %
9. Ukjent	24	4 %	5	3 %	4	5 %	1	1 %	12	9 %	2	2 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>												
0. Nei	423	76 %	123	71 %	43	59 %	63	83 %	109	81 %	85	89 %
1. Ja	100	18 %	42	24 %	26	36 %	12	16 %	14	10 %	6	6 %
9. Ukjent	30	5 %	8	5 %	4	5 %	1	1 %	12	9 %	5	5 %

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
<b>c. Alkohol til beruselse*</b>												
0. Nei	494	89 %	155	90 %	65	89 %	69	91 %	119	88 %	86	90 %
1. Ja	29	5 %	8	5 %	4	5 %	6	8 %	4	3 %	7	7 %
9. Ukjent	30	5 %	10	6 %	4	5 %	1	1 %	12	9 %	3	3 %
<b>B6. Positive urinprøver siste 4 uker</b>												
(Hvis en eller flere positive prøver kodes 1.												
Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)												
<b>a. Opioider</b>												
0. Nei	440	80 %	135	78 %	58	79 %	68	89 %	108	80 %	71	74 %
1. Ja	59	11 %	18	10 %	4	5 %	7	9 %	12	9 %	18	19 %
9. Ukjent	54	10 %	20	12 %	11	15 %	1	1 %	15	11 %	7	7 %
<b>b. Cannabis</b>												
0. Nei	342	62 %	107	62 %	35	48 %	58	76 %	78	58 %	64	67 %
1. Ja	161	29 %	49	28 %	27	37 %	18	24 %	42	31 %	25	26 %
9. Ukjent	50	9 %	17	10 %	11	15 %	0	0 %	15	11 %	7	7 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>												
0. Nei	346	63 %	110	64 %	37	51 %	58	76 %	82	61 %	59	61 %
1. Ja	157	28 %	47	27 %	25	34 %	17	22 %	38	28 %	30	31 %
9. Ukjent	50	9 %	16	9 %	11	15 %	1	1 %	15	11 %	7	7 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>												
0. Nei	405	73 %	115	66 %	54	74 %	63	83 %	98	73 %	75	78 %
1. Ja	96	17 %	41	24 %	8	11 %	12	16 %	22	16 %	13	14 %
9. Ukjent	52	9 %	17	10 %	11	15 %	1	1 %	15	11 %	8	8 %
<b>e. Alkohol</b>												
0. Nei	475	86 %	152	88 %	58	79 %	69	91 %	117	87 %	79	82 %
1. Ja	23	4 %	1	1 %	4	5 %	6	8 %	3	2 %	9	9 %
9. Ukjent	55	10 %	20	12 %	11	15 %	1	1 %	15	11 %	8	8 %
<b>B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker*</b>												
0. Ingen tegn til rusing verken klinisk eller ved prøver	267	48 %	92	53 %	24	33 %	51	67 %	55	41 %	45	47 %
1. Enkeltstående tegn til rusmiddelbruk, bedømt som tilfeldig/mindre betydningsfullt	105	19 %	29	17 %	21	29 %	7	9 %	30	22 %	18	19 %
2. Utilstrekkelig ruskontroll, utskriving ikke aktuelt*	85	15 %	28	16 %	16	22 %	8	11 %	24	18 %	9	9 %
3. Alvorlige rusproblemer, fare for utskriving*	43	8 %	11	6 %	6	8 %	4	5 %	14	10 %	8	8 %
4. Utskrevet pga vedvarende rusmisbruk	53	10 %	13	8 %	6	8 %	6	8 %	12	9 %	16	17 %

	Sør		Vest-Agder		Aust-Agder		Vestfold		Telemark		Buskerud	
	n=		n=		n=		n=		n=		n=	
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	448	81 %	146	84 %	53	73 %	71	93 %	99	73 %	79	82 %
1. Ja	56	10 %	22	13 %	11	15 %	3	4 %	17	13 %	3	3 %
9. Ukjent	49	9 %	5	3 %	9	12 %	2	3 %	19	14 %	14	15 %
b. Tiltalt (reist sak)												
0. Nei	478	86 %	151	87 %	55	75 %	71	93 %	111	82 %	90	94 %
1. Ja	37	7 %	15	9 %	6	8 %	2	3 %	11	8 %	3	3 %
9. Ukjent	38	7 %	7	4 %	12	16 %	3	4 %	13	10 %	3	3 %
c. Idømt forelegg/bot												
0. Nei	447	81 %	146	84 %	47	64 %	64	84 %	116	86 %	74	77 %
1. Ja	40	7 %	20	12 %	9	12 %	6	8 %	4	3 %	1	1 %
9. Ukjent	66	12 %	7	4 %	17	23 %	6	8 %	15	11 %	21	22 %
d. Idømt soning/sikring												
0. Nei	480	87 %	151	87 %	57	78 %	72	95 %	113	84 %	87	91 %
1. Ja	36	7 %	14	8 %	5	7 %	1	1 %	13	10 %	3	3 %
9. Ukjent	37	7 %	8	5 %	11	15 %	3	4 %	9	7 %	6	6 %
C2. Overdose siste år (Livstruende forgifning)												
0. Nei	495	90 %	162	94 %	63	86 %	71	93 %	120	89 %	79	82 %
1. Ja	18	3 %	7	4 %	7	10 %	1	1 %	2	1 %	1	1 %
9. Ukjent	40	7 %	4	2 %	3	4 %	4	5 %	13	10 %	16	17 %
C3. Suicidforsøk siste år												
0. Nei	505	91 %	162	94 %	62	85 %	71	93 %	122	90 %	88	92 %
1. Ja	14	3 %	5	3 %	5	7 %	2	3 %	1	1 %	1	1 %
9. Ukjent	34	6 %	6	3 %	6	8 %	3	4 %	12	9 %	7	7 %
C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år												
a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)												
	5		5		4		6		6		6	
b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)												
	8		8		11		9		9		9	

## Statusundersøkelse 2003

### Helseregion Vest

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	N=416		N=228		N=188	
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	110	26 %	61	27 %	49	26 %
Menn	306	74 %	167	73 %	139	74 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	37		38		37	
<b>Behandlingsvarighet (dager;gj.snitt)</b>						
For pasienter i behandling	579		659		499	
For utskrevne pasienter	309		332		287	
<b>A1. Beskjeftigelse</b>						
<b>a. Yrkesstatus*</b>						
0. Uten beskjeftigelse	335	81 %	186	82 %	149	79 %
1. Heltidsjobb	22	5 %	11	5 %	11	6 %
2. Deltidsjobb	23	6 %	11	5 %	12	6 %
3. Under utdanning	30	7 %	17	7 %	13	7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	3	1 %	2	1 %	1	1 %
9. Ukjent	3	1 %	1	0 %	2	1 %
<b>b. Arbeidstrening/kurs</b>						
0. Nei	352	85 %	202	89 %	150	80 %
1. Ja	43	10 %	18	8 %	25	13 %
9. Ukjent	21	5 %	8	4 %	13	7 %
<b>c. Dagtilbud*</b>						
0. Nei	320	77 %	211	93 %	109	58 %
1. Ja	78	19 %	12	5 %	66	35 %
9. Ukjent	18	4 %	5	2 %	13	7 %
<b>d. Fast fritidsaktivitet*</b>						
0. Nei	224	54 %	168	74 %	76	40 %
1. Ja	120	29 %	44	19 %	76	40 %
9. Ukjent	52	13 %	16	7 %	36	19 %
<b>A2. Viktigste inntekt*</b>						
00. Forsørget av andre	4	1 %	2	1 %	2	1 %
01. Arbeidsinntekt	15	4 %	8	4 %	7	4 %
02. Studielån/stipend	1	0 %	1	0 %	0	0 %
03. Dagpenger (arbeidsledig)	4	1 %	2	1 %	2	1 %
04. Sykepenger/delvis sykepenger	3	1 %	0	0 %	3	2 %
05. Yrkesmessig attføring/rehabiliteringspenger	169	41 %	73	32 %	96	51 %
06. Uførepensjon/alderspensjon	98	24 %	67	29 %	31	16 %
07. Stønad til enslig forsørger	4	1 %	2	1 %	2	1 %
08. Sosialhjelp	100	24 %	59	26 %	41	22 %
09. Ukjent	17	4 %	13	6 %	4	2 %
10. Annet	1	0 %	1	0 %	0	0 %



## Helseregion Vest

## Statusundersøkelse 2003

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	416		228		188	
<b>A3. Boligforhold</b>						
0. Ingen bolig	3	1 %	1	0 %	2	1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	27	6 %	27	12 %	0	0 %
2. Institusjon	14	3 %	2	1 %	12	6 %
3. Fengsel	12	3 %	7	3 %	5	3 %
4. Hos foreldre	29	7 %	19	8 %	10	5 %
5. Hos andre*	11	3 %	9	4 %	2	1 %
6. Egen bolig*	319	77 %	163	71 %	156	83 %
7. Annet	1	0 %	0	0 %	1	1 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>A4. Sosialt nettverk</b>						
0. Familie med rusproblemer	43	10 %	18	8 %	25	13 %
1. Familie uten rusproblemer	88	21 %	73	32 %	15	8 %
2. Venner/bekjente med rusproblemer	123	30 %	42	18 %	81	43 %
3. Venner/bekjente uten rusproblemer	34	8 %	20	9 %	14	7 %
4. Er mest alene	56	13 %	39	17 %	17	9 %
9. Ukjent	72	17 %	36	16 %	36	19 %
<b>A6. MAR-medikament</b>						
0. Metadon	158	38 %	78	34 %	80	43 %
1. Buprenorfin (Subutex)	254	61 %	149	65 %	105	56 %
9. Ukjent	4	1 %	1	0 %	3	2 %
<b>A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)</b>						
Metadon	91		91		91	
Buprenorfin	15		16		14	
<b>A9. Forskrivende lege</b>						
0. Lege i MAR-tiltak	369	89 %	190	83 %	179	95 %
1. Fastlege	46	11 %	38	17 %	8	4 %
2. Annen lege	1	0 %	0	0 %	1	1 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>A10. Andre medikamenter</b>						
<b>a. Forskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av MAR-medikamentet?</b>						
0. Nei	352	85 %	185	81 %	167	89 %
1. Ja	29	7 %	17	7 %	12	6 %
9. Ukjent	35	8 %	26	11 %	9	5 %
<b>b. Forskrives B-preparater?*</b>						
0. Nei	375	90 %	199	87 %	176	94 %
1. Ja	26	6 %	15	7 %	11	6 %
9. Ukjent	15	4 %	14	6 %	1	1 %

## Helseregion Vest

## Statusundersøkelse 2003

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
A11. MAR-medikamentutlevering	416		228		188	
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)			5		5	
b. Utleveringssted						
0. MAR-tiltak	5	1 %	1	0 %	4	2 %
1. Apotek	62	15 %	54	24 %	8	4 %
2. Hjemmetjeneste	15	4 %	7	3 %	8	4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	25	6 %	12	5 %	13	7 %
4. Annet	308	74 %	153	67 %	155	82 %
9. Ukjent	1	0 %	1	0 %	0	0 %
c. Andre utleveringssteder						
0. Utlevering kun ett sted	365	88 %	192	84 %	173	92 %
1. Utlevering to eller flere steder pr uke	50	12 %	35	15 %	15	8 %
9. Ukjent	1	0 %	1	0 %	0	0 %
A12. Urinprøver						
a. Urinprøveordning						
0. Ingen urinprøver	5	1 %	5	2 %	0	0 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	6	1 %	4	2 %	2	1 %
2. Regelmessige urinprøver	405	97 %	219	96 %	186	99 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Hvis regelmessige urinprøver:						
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	2		2		2	
c. Urinprøvested						
0. MAR-tiltak	8	2 %	2	1 %	6	3 %
1. Lege-/helsesenter	216	52 %	164	72 %	52	28 %
2. Laboratorium	3	1 %	0	0 %	3	2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	26	6 %	12	5 %	14	7 %
4. Annet	161	39 %	48	21 %	113	60 %
9. Ukjent/Ingen urinprøver	2	0 %	2	1 %	0	0 %
<b>B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO</b>						
B1. Oppfølging siste 4 uker*						
Har pasienten møtt til avtale hos:						
a. Konsulent ved MAR-tiltak						
0. Nei	233	56 %	167	73 %	66	35 %
1. Ja	134	32 %	60	26 %	74	39 %
2. Bruker ikke tilbudet	49	12 %	1	0 %	48	26 %
9. Ukjent	0	0 %	0	0 %	0	0 %

## Helseregion Vest

## Statusundersøkelse 2003

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	416		228		188	
<b>b. Sosial-/ruskonsulent</b>						
0. Nei	97	23 %	68	30 %	29	15 %
1. Ja	248	60 %	112	49 %	136	72 %
2. Bruker ikke tilbudet	16	4 %	5	2 %	11	6 %
9. Ukjent	55	13 %	43	19 %	12	6 %
<b>c. Ansvarsgruppe*</b>						
0. Nei	184	44 %	106	46 %	78	41 %
1. Ja	211	51 %	110	48 %	101	54 %
2. Bruker ikke tilbudet	7	2 %	1	0 %	6	3 %
9. Ukjent	14	3 %	11	5 %	3	2 %
<b>d. MAR-forskrivende lege</b>						
0. Nei	311	75 %	182	80 %	129	69 %
1. Ja	30	7 %	21	9 %	9	5 %
2. Bruker ikke tilbudet	49	12 %	1	0 %	48	26 %
9. Ukjent	26	6 %	24	11 %	2	1 %
<b>e. Psykolog/psykiatrisk behandler*</b>						
0. Nei	233	56 %	129	57 %	104	55 %
1. Ja	54	13 %	32	14 %	22	12 %
2. Bruker ikke tilbudet	86	21 %	41	18 %	45	24 %
9. Ukjent	43	10 %	26	11 %	17	9 %
<b>f. MAR-pasientgruppe</b>						
0. Nei	276	66 %	164	72 %	112	60 %
1. Ja	21	5 %	2	1 %	19	10 %
2. Bruker ikke tilbudet	98	24 %	52	23 %	46	24 %
9. Ukjent	21	5 %	10	4 %	11	6 %
<b>g. Behandler ved ruspoliklinikk</b>						
0. Nei	248	60 %	146	64 %	102	54 %
1. Ja	48	12 %	18	8 %	30	16 %
2. Bruker ikke tilbudet	80	19 %	42	18 %	38	20 %
9. Ukjent	40	10 %	22	10 %	18	10 %
<b>h. Kriminalomsorg i frihet</b>						
0. Nei	276	66 %	149	65 %	127	68 %
1. Ja	14	3 %	6	3 %	8	4 %
2. Bruker ikke tilbudet	91	22 %	46	20 %	45	24 %
9. Ukjent	35	8 %	27	12 %	8	4 %
<b>B2. Psykiske vansker siste 4 uker*</b>						
<b>a. Hatt alvorlig depresjon*</b>						
0. Nei	275	66 %	144	63 %	126	67 %
1. Ja	50	12 %	35	15 %	15	8 %
9. Ukjent	91	22 %	44	19 %	47	25 %
<b>b. Hatt alvorlig angst*</b>						
0. Nei	263	63 %	147	64 %	116	62 %
1. Ja	58	14 %	33	14 %	25	13 %
9. Ukjent	95	23 %	48	21 %	47	25 %

## Helseregion Vest

## Statusundersøkelse 2003

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	416		228		188	
<b>c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*</b>						
0. Nei	316	76 %	179	79 %	137	73 %
1. Ja	11	3 %	5	2 %	6	3 %
9. Ukjent	89	21 %	44	19 %	45	24 %
<b>B3. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker?</b>						
0. Nei	302	73 %	165	72 %	137	73 %
1. Ja	57	14 %	30	13 %	27	14 %
9. Ukjent	57	14 %	33	14 %	24	13 %
<b>B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?</b>						
0. Nei	263	63 %	136	60 %	127	68 %
1. Ja	62	15 %	36	16 %	26	14 %
9. Ukjent	91	22 %	56	25 %	35	19 %
<b>B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker*</b> (Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)						
<b>a. Opioider</b>						
0. Nei	296	71 %	167	73 %	129	69 %
1. Ja	43	10 %	26	11 %	17	9 %
9. Ukjent	77	19 %	35	15 %	42	22 %
<b>b. Cannabis</b>						
0. Nei	248	60 %				
0. Nei	93	22 %	130	57 %	118	63 %
1. Ja	75	18 %	65	29 %	28	15 %
9. Ukjent		0 %	33	14 %	42	22 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>						
0. Nei	222	53 %	108	47 %	114	61 %
1. Ja	120	29 %	89	39 %	31	16 %
9. Ukjent	74	18 %	31	14 %	43	23 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>						
		0 %				
0. Nei	260	63 %	141	62 %	119	63 %
1. Ja	77	19 %	54	24 %	23	12 %
9. Ukjent	79	19 %	33	14 %	46	24 %
<b>e. Alkohol til beruselse*</b>						
0. Nei	316	76 %	180	79 %	136	72 %
1. Ja	18	4 %	11	5 %	7	4 %
9. Ukjent	82	20 %	37	16 %	45	24 %

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	416		228		188	
<b>B6. Positive urinprøver siste 4 uker</b>						
Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)						
<b>a. Opioider</b>						
0. Nei	322	77 %	173	76 %	149	79 %
1. Ja	64	15 %	36	16 %	28	15 %
9. Ukjent	30	7 %	19	8 %	11	6 %
<b>b. Cannabis</b>						
0. Nei	259	62 %	131	57 %	128	68 %
1. Ja	131	31 %	81	36 %	50	27 %
9. Ukjent	26	6 %	16	7 %	10	5 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>						
0. Nei	224	54 %	103	45 %	121	64 %
1. Ja	167	40 %	111	49 %	56	30 %
9. Ukjent	25	6 %	14	6 %	11	6 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>						
		0 %				
0. Nei	273	66 %	141	62 %	132	70 %
1. Ja	115	28 %	71	31 %	44	23 %
9. Ukjent	28	7 %	16	7 %	12	6 %
<b>e. Alkohol</b>						
0. Nei	343	82 %	187	82 %	156	83 %
1. Ja	34	8 %	20	9 %	14	7 %
9. Ukjent	39	9 %	21	9 %	18	10 %
<b>B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker*</b>						
0. Ingen tegn til rusing verken klinisk eller ved prøver						
	177	43 %	79	35 %	98	52 %
1. Enkeltstående tegn til rusmiddelbruk, bedømt som tilfeldig/mindre betydningsfullt						
	79	19 %	48	21 %	31	16 %
2. Utilstrekkelig ruskontroll, utskriving ikke aktuelt*						
	69	17 %	53	23 %	16	9 %
3. Alvorlige rusproblemer, fare for utskriving*						
	58	14 %	32	14 %	26	14 %
4. Utskrevet pga vedvarende rusmisbruk						
	33	8 %	16	7 %	17	9 %
<b>C. SISTE ÅR (hvis pasienten ikke har vært inkludert hele året skal opplysningene gjelde den perioden pasienten har vært inkludert)</b>						
<b>C1. Lovbrudd siste år</b>						
<b>a. Arrestert/varetekt</b>						
0. Nei	269	65 %	178	78 %	91	48 %
1. Ja	48	12 %	25	11 %	23	12 %
9. Ukjent	99	24 %	25	11 %	74	39 %

## Helseregion Vest

## Statusundersøkelse 2003

	Vest		Hordaland SF		Rogaland	
	416		228		188	
<b>b. Tiltalt (reist sak)</b>						
0. Nei	271	65 %	174	76 %	97	52 %
1. Ja	41	10 %	22	10 %	19	10 %
9. Ukjent	104	25 %	32	14 %	72	38 %
<b>c. Idømt forelegg/bot</b>						
0. Nei	270	65 %	182	80 %	88	47 %
1. Ja	36	9 %	9	4 %	27	14 %
9. Ukjent	110	26 %	37	16 %	73	39 %
<b>d. Idømt soning/sikring</b>						
0. Nei	285	69 %	174	76 %	111	59 %
1. Ja	34	8 %	22	10 %	12	6 %
9. Ukjent	97	23 %	32	14 %	65	35 %
<b>C2. Overdose siste år (Livstruende forgiftning)</b>						
0. Nei	313	75 %	184	81 %	129	69 %
1. Ja	13	3 %	6	3 %	7	4 %
9. Ukjent	90	22 %	38	17 %	52	28 %
<b>C3. Suicidforsøk siste år</b>						
0. Nei	327	79 %	193	85 %	134	71 %
1. Ja	2	0 %	2	1 %	0	0 %
9. Ukjent	87	21 %	33	14 %	54	29 %
<b>C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år</b>						
<b>a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)</b>						
	5		5		5	
<b>b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)</b>						
	7		8		7	

## Statusundersøkelse 2003

### Helseregion Midt-/Nord-Norge

MIDT-/NORD NORGE		
	N= 175	
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	60	34 %
Menn	115	66 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	39	
<b>Behandlingsvarighet (dager; gjennomsnitt)</b>		
For pasienter fortsatt i behandling	654	
For utskrevne pasienter	428	
<b>A1. Beskjeftigelse</b>		
<b>a. Yrkesstatus*</b>		
0. Uten beskjeftigelse	114	65 %
1. Heltidsjobb	24	14 %
2. Deltidsjobb	17	10 %
3. Under utdanning	15	9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	3	2 %
9. Ukjent	2	1 %
<b>b. Arbeidstrening/kurs</b>		
0. Nei	131	75 %
1. Ja	39	22 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>c. Dagtilbud*</b>		
0. Nei	127	73 %
1. Ja	41	23 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>d. Fast fritidsaktivitet*</b>		
0. Nei	105	60 %
1. Ja	63	36 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>A2. Viktigste inntekt*</b>		
00. Forsørget av andre	2	1 %
01. Arbeidsinntekt	14	8 %
02. Studielån/stipend	0	0 %
03. Dagpenger (arbeidsledig)	0	0 %
04. Sykepenger/delvis sykepenger	0	0 %
05. Yrkesmessig attføring/rehabiliteringspenger	79	45 %
06. Uførepensjon/alderspensjon	63	36 %
07. Stønad til enslig forsørger	1	1 %
08. Sosialhjelp	16	9 %
09. Ukjent	0	0 %
10. Annet	0	0 %

<b>MIDT-/NORD NORGE</b>		
	N= 175	
<b>A3. Boligforhold</b>		
0. Ingen bolig	1	1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5	3 %
2. Institusjon	12	7 %
3. Fengsel	0	0 %
4. Hos foreldre	1	1 %
5. Hos andre*	5	3 %
6. Egen bolig*	150	86 %
7. Annet	1	1 %
9. Ukjent	0	0 %
<b>A4. Sosialt nettverk</b>		
0. Familie med rusproblemer	37	21 %
1. Familie uten rusproblemer	62	35 %
2. Venner/bekjente med rusproblemer	40	23 %
3. Venner/bekjente uten rusproblemer	14	8 %
4. Er mest alene	20	11 %
9. Ukjent	2	1 %
<b>A6. MAR-medikament</b>		
0. Metadon	153	
1. Buprenorfin (Subutex)	22	
9. Ukjent	0	
<b>A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)</b>		
Metadon	139	
Buprenorfin	16	
<b>A9. Forskrivende lege</b>		
0. Lege i MAR-tiltak	30	17 %
1. Fastlege	143	82 %
2. Annen lege	1	1 %
9. Ukjent	1	1 %
<b>A10. Andre medikamenter</b>		
<b>a. Forskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av MAR-medikamentet?</b>		
0. Nei	156	89 %
1. Ja	12	7 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>b. Forskrives B-preparater?*</b>		
0. Nei	147	84 %
1. Ja	25	14 %
9. Ukjent	3	2 %



<b>MIDT-/NORD NORGE</b>		
N= 175		
<b>A11. MAR-medikamentutlevering</b>		
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)		
	4	
b. Utleveringssted		
0. MAR-tiltak		
	3	2 %
1. Apotek	126	72 %
2. Hjemmetjeneste	19	11 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	15	9 %
4. Annet	11	6 %
9. Ukjent	1	1 %
c. Andre utleveringssteder		
0. Utlevering kun ett sted		
	145	83 %
1. Utlevering to eller flere steder pr uke	28	16 %
9. Ukjent	2	1 %
<b>A12. Urinprøver</b>		
a. Urinprøveordning		
0. Ingen urinprøver		
	0	0 %
1. Stikkprøver/urinprøver sjeldnere enn ukentlig	28	16 %
2. Regelmessige urinprøver	146	83 %
9. Ukjent	1	1 %
Hvis regelmessige urinprøver:		
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)		
	2	1 %
c. Urinprøvested		
0. MAR-tiltak		
	4	2 %
1. Lege-/helsesenter	71	41 %
2. Laboratorium	41	23 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	17	10 %
4. Annet	41	23 %
9. Ukjent/ingen urinprøver	1	1 %
<b>B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO</b>		
<b>B1. Oppfølging siste 4 uker*</b>		
Har pasienten møtt til avtale hos:		
a. Konsulent ved MAR-tiltak		
0. Nei		
	31	18 %
1. Ja	141	81 %
2. Bruker ikke tilbudet	0	0 %
9. Ukjent	3	2 %

MIDT-/NORD NORGE		
	N=	175
<b>b. Sosial-/ruskonsulent</b>		
0. Nei	18	10 %
1. Ja	152	87 %
2. Bruker ikke tilbudet	0	0 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>c. Ansvarsgruppe*</b>		
0. Nei	105	60 %
1. Ja	65	37 %
2. Bruker ikke tilbudet	0	0 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>d. MAR-forskrivende lege</b>		
0. Nei	61	35 %
1. Ja	106	61 %
2. Bruker ikke tilbudet	1	1 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>e. Psykolog/psykiatrisk behandler*</b>		
0. Nei	125	71 %
1. Ja	29	17 %
2. Bruker ikke tilbudet	15	9 %
9. Ukjent	6	3 %
<b>f. MAR-pasientgruppe</b>		
0. Nei	152	87 %
1. Ja	4	2 %
2. Bruker ikke tilbudet	14	8 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>g. Behandler ved ruspoliklinikk</b>		
0. Nei	141	81 %
1. Ja	14	8 %
2. Bruker ikke tilbudet	14	8 %
9. Ukjent	6	3 %
<b>h. Kriminalomsorg i frihet</b>		
0. Nei	151	86 %
1. Ja	5	3 %
2. Bruker ikke tilbudet	14	8 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>B2. Psykiske vansker siste 4 uker*</b>		
<b>a. Hatt alvorlig depresjon*</b>		
0. Nei	141	81 %
1. Ja	28	16 %
9. Ukjent	6	3 %

<b>MIDT-/NORD NORGE</b>		
	N= 175	
<b>b. Hatt alvorlig angst*</b>		
0. Nei	136	78 %
1. Ja	29	17 %
9. Ukjent	10	6 %
<b>c. Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner*</b>		
0. Nei	164	94 %
1. Ja	2	1 %
9. Ukjent	9	5 %
<b>B3. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker?</b>		
0. Nei	137	78 %
1. Ja	36	21 %
9. Ukjent	2	1 %
<b>B4. Injisert rusmidler siste 4 uker?</b>		
0. Nei	138	79 %
1. Ja	33	19 %
9. Ukjent	4	2 %
<b>B5. Rapportert rusmiddelbruk siste 4 uker*</b>		
<i>(Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)</i>		
<b>a. Opioider</b>		
0. Nei	146	83 %
1. Ja	19	11 %
9. Ukjent	10	6 %
<b>b. Cannabis</b>		
0. Nei	134	77 %
1. Ja	34	19 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>c. Benzodiazepiner eller lignende</b>		
0. Nei	133	76 %
1. Ja	37	21 %
9. Ukjent	5	3 %
<b>d. Sentralstimulerende midler</b>		
0. Nei	143	82 %
1. Ja	26	15 %
9. Ukjent	6	3 %
<b>e. Alkohol til beruselse*</b>		
0. Nei	150	86 %
1. Ja	13	7 %
9. Ukjent	12	7 %

**MIDT-/NORD NORGE**

N= 175

**B6. Positive urinprøver siste 4 uker**

(Hvis en eller flere positive prøver kodes 1.

Medikamenter forskrevet av lege regnes ikke med)

**a. Opioider**

0. Nei	149	85 %
1. Ja	18	10 %
9. Ukjent	8	5 %

**b. Cannabis**

0. Nei	135	77 %
1. Ja	34	19 %
9. Ukjent	6	3 %

**c. Benzodiazepiner eller lignende**

0. Nei	133	76 %
1. Ja	38	22 %
9. Ukjent	4	2 %

**d. Sentralstimulerende midler**

0. Nei	144	82 %
1. Ja	26	15 %
9. Ukjent	5	3 %

**e. Alkohol**

0. Nei	158	90 %
1. Ja	10	6 %
9. Ukjent	7	4 %

**B7. Helhetlig vurdering av rusmestring siste 4 uker\***

0. Ingen tegn til rusing verken klinisk eller ved prøver

113 65 %

1. Enkeltstående tegn til rusmiddelbruk, bedømt som tilfeldig/mindre betydningsfullt

18 10 %

2. Utilstrekkelig ruskontroll, utskrivning ikke aktuelt\*

15 9 %

3. Alvorlige rusproblemer, fare for utskrivning\*

6 3 %

4. Utskrevet pga vedvarende rusemisbruk

23 13 %

**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	161	92 %
1. Ja	3	2 %
9. Ukjent	11	6 %

MIDT-/NORD NORGE		
	N=	175
<b>b. Tiltalt (reist sak)</b>		
0. Nei	165	94 %
1. Ja	4	2 %
9. Ukjent	6	3 %
<b>c. Idømt forelegg/bot</b>		
0. Nei	162	93 %
1. Ja	2	1 %
9. Ukjent	11	6 %
<b>d. Idømt soning/sikring</b>		
0. Nei	163	93 %
1. Ja	6	3 %
9. Ukjent	6	3 %
<b>C2. Overdose siste år (Livstruende forgiftning)</b>		
0. Nei	165	94 %
1. Ja	2	1 %
9. Ukjent	8	5 %
<b>C3. Suicidforsøk siste år</b>		
0. Nei	166	95 %
1. Ja	2	1 %
9. Ukjent	7	4 %
<b>C4. Avhold fra illegale rusmidler siste år</b>		
<b>a. Antall måneder uten noe bruk av illegale rusmidler (gjennomsnitt)</b>		
	7	
<b>b. Antall måneder uten noe bruk av heroin eller lignende (gjennomsnitt)</b>		
	8	



**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg *Sar 8*  
S.nr. 200360235- 5

SKR-rapport nr 5/04

## HVOR MANGE HVOR?

Oversikt i landet, helseregioner og fylker for pasienter i  
legemiddelassistert rehabilitering 1998 – 2003

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet oktober 2004

Mona Baadstøe Hansen og Helge Waal,  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
*Universitetet i Oslo*

# INNHold

1	Innledning.....	1
2	Metode.....	1
3	Oversikt over sentre og tiltak .....	2
4	Antall i behandling.....	3
4.1	Helseregion Øst	4
4.2	Helseregion Sør	5
4.3	Helseregion Vest	6
4.4	Helseregion Midt/Nord-Norge	7
5	Inntak.....	8
5.1	Forholdet mellom nyinntak og reinntak	9
5.2	Helseregion Øst	10
5.3	Helseregion Sør	12
5.4	Helseregion Vest	13
5.5	Helseregion Midt/Nord-Norge	15
5.6	Inntak på medisinsk grunnlag	16
6	Valg av medikament.....	17
7	Avsluttet behandling - utskrivning.....	18
7.1	Type utskrivning	20
7.2	Helseregion Øst	21
7.3	Utskrivninger i Helseregion Sør	22
7.4	Utskrivninger i Helseregion Vest	23
7.5	Utskrivninger i Helseregion Midt/Nord-Norge	24
8	Hvor mange venter hvor.....	26
8.1	Ventesituasjonen i Helseregion Øst	27
8.2	Ventesituasjonen i Helseregion Sør	28
8.3	Ventesituasjonen i Helseregion Vest	29
8.4	Ventesituasjonen i Helseregion Midt/Nord-Norge	30
9	Dødsfall i Legemiddelassistert rehabilitering .....	32

# 1 Innledning

Stortinget vedtok i 1997 at det skulle opprettes et nasjonalt landsdekkende tilbud om metadonassistert rehabilitering. Arbeidet begynte i 1998, og fra 1999 har det vært tilbud om det som nå kalles Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i alle helseregioner. Etter ønske fra Sosial- og helsekomiteen i Stortinget er det besluttet at tilbudet skal evalueres. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Psykiatrisk institutt, Universitetet i Oslo er opprettet for kompetanseutvikling og forskning i forhold til behandling av helserelaterede problemer knyttet til rusmiddelbruk. Seksjonen er samlokalisert med MAR Øst, som er Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering, og fungerer som sekretariat for nasjonale møter mellom de ulike regionale sentre og tiltak. Seksjonen har fått i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å gjennomføre en devaluering med utgangspunkt i nasjonale registre og undersøkelser knyttet til MAR Øst.

Evalueringsarbeidet er lagt opp som flere undersøkelser, hver med sin rapport. Denne rapporten bygger på at de regionale sentre og tiltak sender tertialrapporter til Nasjonalt kompetansesenter. Tertialrapportene består av tallmateriale over antall inntak, utskrivninger, antall pasienter i behandling, noen gang i behandling, i ventesituasjon og dødsfall (se under metode). Konsulent Heidi Kirksjøberget i MAR Øst fører løpende statistikker og kvalitetssikrer oppgavene.

Denne rapporten tar særlig sikte på å belyse følgende evalueringsspørsmålene

- Hvor mange har fått tilbud om LAR totalt?
- Hvor mange er blitt inkludert,
- Hvor mange har blitt ekskludert/selv skrevet seg ut og med hvilke begrunnelser?
- Hvor mange er blitt reinntatt?
- Hvor mange venter?
- Finnes det regionale forskjeller i disse spørsmålene?

Vi takker Heidi Kirksjøberget for omhyggelig og langsiktig arbeid med rapportene og for positivt samarbeid.

## 2 Metode

Alle som innvilges LAR har søkt på et felles søknadsskjema som skal beskrive rusmiddelproblemet, sosial situasjon, psykiske og somatiske vansker og tidligere behandlingserfaring. Søknadene er personnummeridentifisert og registreres i ansvarlig regionalt senter/tiltak. Søknadene registreres i pasient-/journalregister. Sentrene rapporterer til MAR ØST hvert tertial (30.4., 31.8. og 31.12.). Rapporten gir aggregerte opplysninger om antall ubehandlede søknader, aksepterte søknader hvor pasienten venter på inntak (egentlig venteliste), antall inntak fordelt på nye pasienter og reinntak, antall utskrivninger fordelt på selvvalgte og ikke-selvvalgte, og overføringer til andre tiltak og antall i behandling ved



begynnelsen og slutten av hvert tertial. Det oppgis også hvor mange som er registrert som noen gang i behandling.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer samarbeider med MAR Øst om denne rapporteringen og har fri bruksrett til materialet. Rapporten er basert på tallmateriale og gir oversikt for hvert år siden 1998 med oppgaver over antall pasienter i behandling, nyinkluderte pasienter og reinkluderte pasienter, antall pasienter som har avsluttet behandling enten frivillig eller ved utskrivelse, overføringer mellom tiltak, ventelister og dødsfall. Rapporteringssystemet ble utvidet fra og med år 2000. Tallene for nyinntak og reinntak, frivillig avsluttet eller utskrevet etter vedtak, dødsfall under behandling og antall pasienter noen gang i behandling, er innsamlet for perioden 2001–2003. Grunnen til dette er at innsamlingspraksis er endret underveis. Tallene for inntak, venteliste, avsluttet behandling og under behandling, gjelder for hele perioden 1998–2003. Antall inntak og avsluttede behandlinger er fratrukket antall overføringer mellom behandlingssteder med samme ansvarlig senter.

### 3 Oversikt over sentre og tiltak

LAR er organisert slik at det i hver helseregion skal være ett eller flere sentre/tiltak som behandler søknadene og innvilger behandlingen. Sentrene har i varierende grad også et direkte behandlingssamsvar og i alle tilfeller overordnet ansvar for veiledning og avgjørelsesmyndighet for utskrivning. Siden 1998 er det opprettet noe flere slike sentre. Rogaland fikk eget senter i 2002. Region Nord-Norge åpner sitt i 2005. Regionsenteret for Midt-Norge har til nå også hatt ansvar for Nord-Norge.

I rapporteringsperioden var er altså situasjonen den at MARIO i Oslo, som nå heter MAR Øst, innvilger og har overordnet ansvar for alle søknader i hele Helseregion Øst med fylkene Oslo, Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold. Søknaden kvalitetssikres av rustjenesten i fylkene som har fylkesvise inntaksorgan og koordinatorene. I Akershus er dette organisert i fire sektorområder: Asker og Bærum, Follo, Øvre Romerike og Nedre Romerike.

Helseregion Sør har fylkesvis organisering med fem selvstendige team organisert i det såkalte trefylkesamarbeidet for Vestfold, Telemark og Buskerud og MARIA, som er en samordning av tiltakene i Aust- og Vest-Agder. Det er separate budsjetter og separate innvilgende instanser.

I Helseregion Vest er Metadonklinikken i Bergen ansvarlig for Hordaland og Sogn og Fjordane, mens Rogaland har et nyopprettet tiltak i Fabo, Stavanger.

I Helseregion Midt- og Nord-Norge ledes hele arbeidet fra MARIT i Trondheim, som har innvilgende myndighet og er overordnet faglig ansvarlig. Dette vil si at det er ett pasientregister for hele Helseregion Øst, fem registre i Helseregion Sør, to registre i Helseregion Vest og ett register i hele Midt- og Nord-Norge.

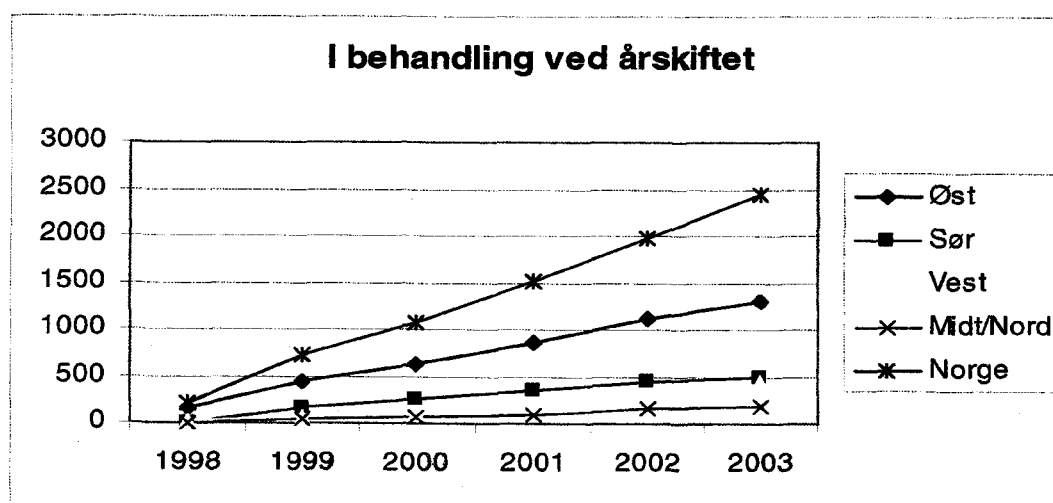
## 4 Antall i behandling

Det har vært en jevn økning av pasienter i behandling i hele landet og i alle regioner (tabell 1. og figur 1.). Helseregion Øst har hvert år hatt over halvparten av det totale antallet pasienter i behandling. Helseregion Midt- og Nord-Norge begynte med behandling først i 1999, og har lavest antall pasienter i behandling.

**Tabell 1. Antall pasienter i behandling pr 31.12. fra og med 1998 til og med 2003 i helseregionene og i hele landet**

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Region Øst	173	85	445	62	636	59	861	57	1106	56	1313	54
Region Sør	8	4	166	23	249	23	356	24	440	22	495	20
Region Vest	23	11	65	9	120	11	186	12	285	14	438	18
Region Midt/Nord	0	0	43	6	69	6	100	7	153	8	185	8
<b>Norge</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	<b>719</b>	<b>100</b>	<b>1074</b>	<b>99</b>	<b>1503</b>	<b>100</b>	<b>1984</b>	<b>100</b>	<b>2431</b>	<b>100</b>

**Figur 1. Antall pasienter i behandling pr 31.12. fra og med 1998 til og med 2003 i helseregionene og i hele landet**



I tillegg kommer pasienter som er utskrevet, døde eller flyttet til andre tiltak. Tertialrapportene omfatter også antall pasienter som noen gang har vært inne i behandling i de

ulike tiltakene. Tabell 2 viser en oversikt. Det samlede antallet øker også jevnt, og ved utgangen av 2003 var det en forskjell på 1104. Disse pasientene hadde på ett eller annet tidspunkt vært innskrevet i behandling og hadde fått tilbudet i en kortere eller lenger periode.

**Tabell 2. Totalt antall pasienter noen gang i LAR i helseregionene og i landet**

	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Region Øst	789	60	947	53	1516	56	1944	55
Region Sør	302	23	462	26	625	23	784	22
Region Vest	147	11	241	14	378	14	556	16
Region Midt/Nord	78	6	130	7	195	7	251	7
<b>Norge</b>	<b>1316</b>	<b>100</b>	<b>1780</b>	<b>100</b>	<b>2714</b>	<b>100</b>	<b>3535</b>	<b>100</b>

#### 4.1 Helseregion Øst

Tabell 3 viser oversikt over utviklingen i Helseregion Øst. Vi ser at mens nesten alle i begynnelsen kom fra Oslo, er andelen fra andre fylker etter hvert økt. Oslo og Akershus har høyest antall med til sammen tre firedeler av antall pasienter i behandling.

**Tabell 3. Antall pasienter i behandling i fylkene i Helseregion Øst**

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oslo	161	88	275	61	337	53	444	52	598	54	699	53
Akershus	8	4	103	23	156	25	194	23	231	21	267	20
Østfold	4	2	34	8	63	10	83	10	105	9	138	11
Hedmark	0	0	21	5	46	7	80	9	97	9	111	8
Oppland	9	5	15	3	34	5	60	7	75	7	98	7
<b>Region Øst</b>	<b>182</b>	<b>100</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	<b>636</b>	<b>100</b>	<b>861</b>	<b>100</b>	<b>1106</b>	<b>100</b>	<b>1313</b>	<b>100</b>

Tabell 4 viser at det bare foreligger oversikt over alle de som noen gang har vært i behandling fra og med 2001. Det har vært pasienter i behandling i Oslo i to forprosjekter fra og med 1991, og disse er inkludert i tallmaterialet. Det er derfor naturlig at antallet som har avsluttet behandlingen av ulike årsaker er relativt sett høyere i Oslo.

**Tabell 4. Antall noen gang i behandling i Helseregion Øst, fylkesvis fordelt**

	2000	2001		2002		2003	
	N	N	%	N	%	N	%
Oslo	-	650	58	925	61	1205	62
Akershus	-	232	21	284	19	335	17
Østfold	-	88	8	115	8	165	8
Hedmark	-	82	7	105	7	126	6
Oppland	-	72	6	87	6	113	6
<b>Region Øst</b>	<b>789</b>	<b>1124</b>	<b>100</b>	<b>1516</b>	<b>100</b>	<b>1944</b>	<b>100</b>

Om en sammenlikner antallet i behandling og noen ganger i behandling, ser en at det er 506 personer som har avsluttet behandling i Oslo (42 %), mens det i hele helseregionen er 631 (32 %).

#### 4.2 Helseregion Sør

Også i denne regionen har det vært en gradvis økning både i antall i behandling og i antall som noen gang har vært i behandling (tabell 5 og 6).

**Tabell 5. Antall i behandling i fylkene i Helseregion Sør**

	1998	1999	2000		2001		2002		2003	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Telemark	-	-	46	18	73	21	101	23	127	26
Vestfold	-	-	28	11	44	12	54	12	71	14
Buskerud	-	-	42	17	58	16	77	18	76	15
Aust-Agder	-	-	52	21	55	15	65	15	70	14
Vest-Agder	-	-	81	33	126	35	143	33	151	31
<b>Region Sør</b>	<b>8</b>	<b>166</b>	<b>249</b>	<b>100</b>	<b>356</b>	<b>100</b>	<b>440</b>	<b>100</b>	<b>495</b>	<b>100</b>

Vi ser at antallet er størst i Vest-Agder og Telemark, som også har hatt en jevn økning. Buskerud har ikke hatt økning fra 2002 til 2003.

Det samlede antall noen gang i behandling er også økende. Antall ikke lenger i behandling i hele regionen er 259, dvs. 34 % av alle. Dette er omtrent samme andel som i Helseregion Øst, der Oslo imidlertid trekker vesentlig opp.

Tabellen viser at Helseregion Sør er den regionen som har nest flest i behandling i Norge.

**Tabell 6. Antall noen gang i behandling i fylkene i Helseregion Sør**

	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Telemark	50	17	85	18	122	20	166	22
Vestfold	41	14	62	13	89	14	113	15
Buskerud	58	19	92	20	119	19	142	19
Aust-Agder	59	20	68	15	88	14	103	14
Vest-Agder	94	31	155	34	207	33	230	31
<b>Region Sør</b>	<b>302</b>	<b>100</b>	<b>462</b>	<b>100</b>	<b>625</b>	<b>100</b>	<b>754</b>	<b>100</b>

#### 4.3 Helseregion Vest

Helseregion Vest har hatt den samme utviklingen som de andre regionene slik det fremgår av tabell 7 og 8.

**Tabell 7. Antall i behandling pr 31.12 hvert år i fylkene i Helseregion Vest**

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Hordaland	122	66	182	64	246	56
Rogaland	58	31	98	34	186	43
Sogn og Fjordane	6	3	5	2	6	1
<b>Region Vest</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>285</b>	<b>100</b>	<b>438</b>	<b>100</b>

Antallet i behandling har økt jevnt. To tredeler er fra Hordaland og en tredel fra Rogaland. Sogn og Fjordane har små problemer med illegalt rusmiddelmisbruk – og svært få pasienter i LAR.

**Tabell 8. Antall i behandling noen gang i Helseregion Vest**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Hordaland	-	-	-	166	69	248	66	321	58
Rogaland	-	-	-	69	29	124	33	228	41
Sogn og Fjordane	-	-	-	6	2	6	2	7	1
<b>Region Vest</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>120</b>	<b>241</b>	<b>100</b>	<b>378</b>	<b>100</b>	<b>556</b>	<b>100</b>

I Helseregion Vest har det vært et jevnt stigende antall noen gang i behandling. Antallet som ikke lenger er i behandling i regionen er 188, dvs. 21 % av alle. I 2001–2002 har rundt to tredeler tilhørt Hordaland, men Rogaland har hatt en raskere vekst, og i 2003 har Rogaland 41 % av antallet noen gang i behandling. Sogn og Fjordane har et lavt antall noen gang i behandling.

#### 4.4 Helseregion Midt-/Nord-Norge

Helseregion Midt- og Nord-Norge er den regionen som kom senest i gang med inntak og den helseregionen som har lavest antall i behandling. Regionen har svært store geografiske avstander og spredt befolkning. MARiT i Trondheim har betjent hele dette området. Det høyeste antallet i hele perioden ses i Sør-Trøndelag med 43 % og Nordland med 25 %. Vi ser også at de to nordligste fylkene har lavest andel, men at det er en klar økning i Troms.

**Tabell 9. Antall i behandling 31.12. hvert år i fylkene i Helseregion Midt- og Nord-Norge**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Møre og R	-	-	-	17	17	19	12	22	12
Sør-Trøndelag	-	-	-	42	42	74	48	79	43
Nord-Trøndelag	-	-	-	10	10	16	10	20	11
Nordland	-	-	-	22	22	32	21	46	25
Troms	-	-	-	7	7	10	7	16	9
Finmark	-	-	-	2	2	2	1	2	1
<b>Region M/Nord</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Tabell 10 viser at også i denne regionen er det et visst antall som slutter i behandlingen. I denne regionen er det 66 som ikke lenger er i behandling, og dette utgjør 26 % av alle. Høyst antall i behandling har Sør-Trøndelag med litt under halvparten av pasientene, etterfulgt av Nordland og Møre og Romsdal.

**Tabell 10. Antall pasienter noen gang i behandling ved Helseregion Midt- og Nord-Norge**

	2000	2001		2002		2003	
	N	N	%	N	%	N	%
Møre og Romsdal	-	21	16	25	13	32	13
Sør-Trøndelag	-	65	49	96	49	116	46
Nord-Trøndelag	-	10	7	17	9	22	9
Nordland	-	28	21	41	21	57	23
Troms	-	8	6	13	7	21	8
Finnmark	-	2	1	3	2	3	1
<b>Region M/Nord</b>	<b>78</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

## 5 Inntak

Når en søknad er behandlet og godtatt, settes søkeren på en venteliste. Inntaket registreres fra det tidspunkt pasienten starter i behandlingen, dvs. påbegynner den medikamentelle behandlingen.

Med inntak forstås inntak av nye pasienter og reinntak av pasienter som har avbrutt behandlingen av ulike årsaker. I begge disse kategorier inngår inntak på medisinsk grunnlag (se kapittel 5.6, tabell 18.)

Tabell 11 viser en samlet oversikt over alle inntak (nyinntak og reinntak). Vi ser at antall inntak har økt fra litt over 100 i 1998 til nesten 1000 i 2003. I 1999 ble det tatt inn flere pasienter enn året etter, noe som kan være naturlig siden dette var et år med stor kapasitetsutvidelse. Fra og med år 2000 har det vært en jevn økning i Helse Vest, mens økningen har flatet ut i Helse Sør og Helse Midt-/Nord-Norge, og viser en nedgang i Helse Øst. Fra og med 1999 har noe over halvdel av alle inntak skjedd i Helseregion Øst. Det har vært en sterkest vekst i Helseregion Vest, mens utviklingen har slakket noe av i Helseregion Sør de siste to årene av perioden.

**Tabell 11. Samlet antall inntak (førstegangsinntak og reinntak) i helseregionene og i hele landet**

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	92	74	348	57	282	54	343	50	447	52	321	42
Sør	8	6	163	27	130	25	185	27	184	22	159	21
Vest	24	19	53	9	78	15	96	14	154	18	219	29
Midt/Nord	0	0	44	7	36	7	58	9	68	8	63	8
<b>Norge</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>608</b>	<b>100</b>	<b>526</b>	<b>100</b>	<b>682</b>	<b>100</b>	<b>853</b>	<b>100</b>	<b>762</b>	<b>100</b>

## 5.1 Forholdet mellom nyinntak og reinntak

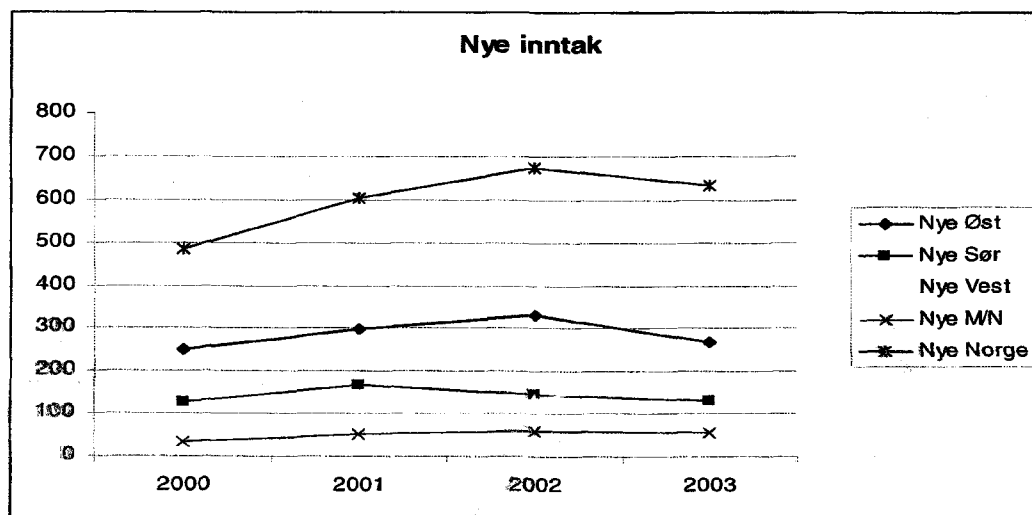
Nyinntak (første inntak) avspeiler hvor mange som kommer inn i behandlingen fra hele målgruppen, mens antallet som tas inn igjen sier mer om samspillet i rehabiliteringsprosessen og om nye forsøk. En del av pasientene flytter fra tiltak i andre fylker og andre regioner. Når en pasient starter opp i et annet tiltak, vil dette regnes som nyinntak i dette og avslutning på grunn av flytting i det andre. Antallet er ikke så stort at det har reell betydning for oversikten. Skillet mellom nyinntak og reinntak er bare rapportert regionsvis for perioden 2000–2003 og fylkesvis for perioden 2001–2003.

Tabell 12 og figur 2 viser at antallet av nye inntak for Helse Øst økte frem til 2002 og sank i 2003. I Helse Sør ses en slak nedgang fra 2001, mens det er en jevn stigning ved Helse Vest. Ved Helse Midt-/Nord-Norge er det et stabilt inntak. Andelen reinntak (tabell 13 og figur 3) har økt noe mer som forventet. I 2003 var andelen reinntak kommet opp i 16 %. Hoveddelen var altså fortsatt førstegangsinntak. Vi ser også at andelen reinntak har økt mest i Helseregion Øst – også dette er rimelig, siden regionen domineres av Oslo, som har startet behandlingen flere år før de andre.

Tabell 12. Oversikt over nye inntak i helseregionene og i Norge

	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nye Øst	248	51	297	49	332	49	268	42
Nye Sør	128	26	166	28	145	21	132	21
Nye Vest	74	15	85	14	137	20	176	28
Nye M/N	34	7	53	9	61	9	56	9
<b>Nye Norge</b>	<b>484</b>	<b>100</b>	<b>601</b>	<b>100</b>	<b>675</b>	<b>100</b>	<b>632</b>	<b>100</b>

Figur 2. Oversikt over nye inntak i helseregionene og i Norge

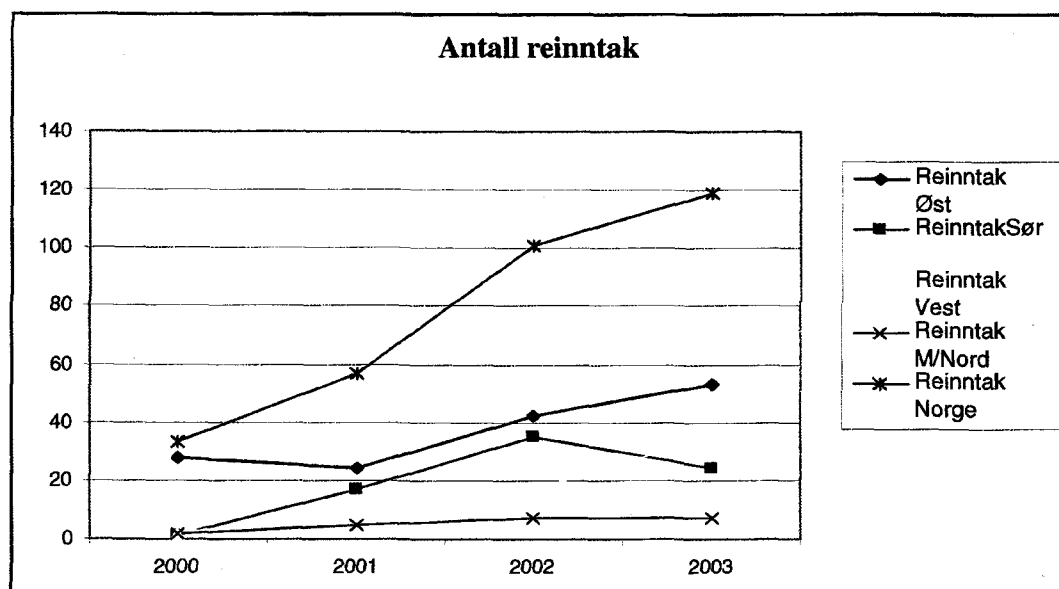




**Tabell 13. Oversikt over reinntak i helseregionene og i Norge**

	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reinntak Øst	28	85	24	42	42	42	53	45
Reinntak Sør	1	3	17	30	35	35	24	20
Reinntak Vest	2	6	11	19	17	17	35	29
Reinntak M/N	2	6	5	9	7	7	7	6
<b>Reinntak Norge</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

**Figur 3. Reinntak i helseregioner og i Norge**



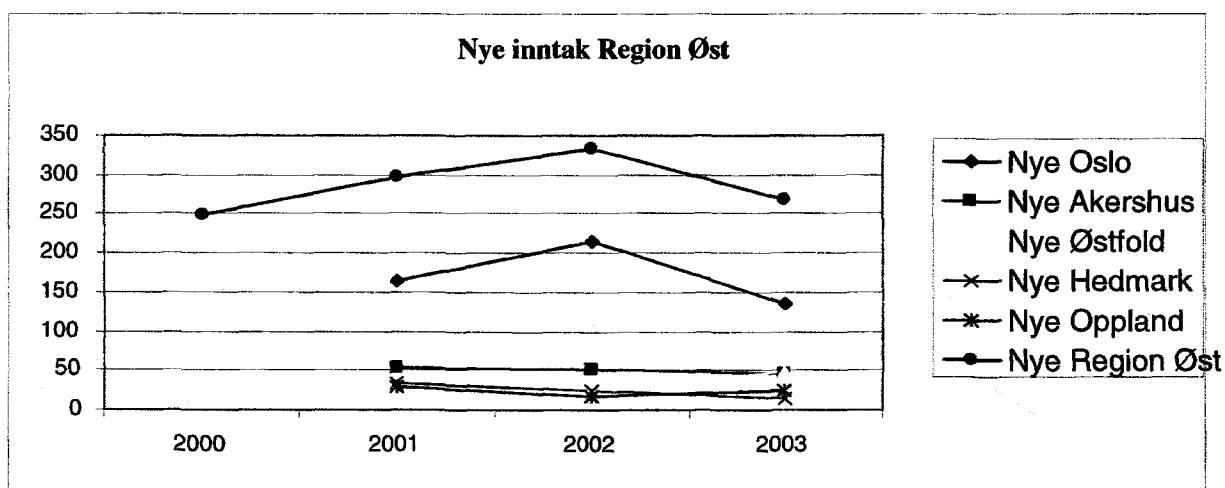
## 5.2 Helseregion Øst

Helseregion Øst har hatt en jevn økning av nyinntak i 2000–2002 og en nedgang til 2003 (tabell 14.). Stort sett er det en jevn økning av reinntak. Oslo har det største antallet inntak, og det øker jevnt frem til 2003. Reinntak i Oslo øker også. Det er økning av inntak i Akershus og Østfold til 2002, og en nedgang i 2003. Det er en nedgang i antall inntak i Hedmark og Oppland.

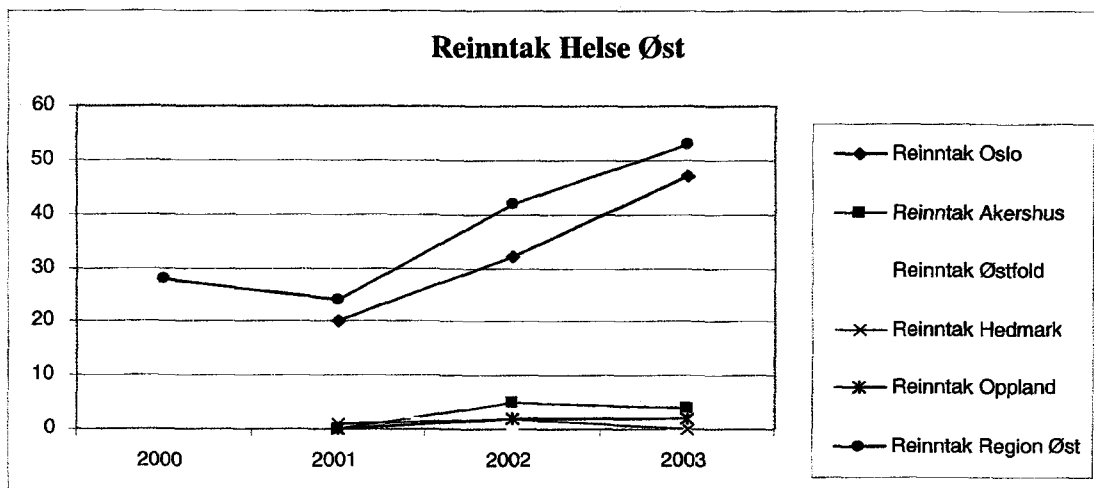
**Tabell 14. Oversikt over nyinntak og reinntak I Helseregion Øst**

	2000	2001		2002		2003	
	N	N	%	N	%	N	%
Nye Oslo		164	55	214	64	134	50
Nye Akershus		53	18	50	15	47	18
Nye Østfold		17	6	26	8	49	18
Nye Hedmark		34	11	24	7	15	6
Nye Oppland		29	10	18	5	23	9
<b>Nye Region Øst</b>	<b>248</b>	<b>297</b>	<b>100</b>	<b>332</b>	<b>100</b>	<b>268</b>	<b>100</b>
Reinntak Oslo		20	83	32	76	47	89
Reinntak Akershus		0	0	5	12	4	8
Reinntak Østfold		3	13	1	2	0	0
Reinntak Hedmark		1	4	2	5	0	0
Reinntak Oppland		0	0	2	5	2	4
<b>Reinntak Region Øst</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Figur 4. Oversikt over nyinntak i Helseregion Øst**



Figur 5. Oversikt over reinntak i Helseregion Øst



### 5.3 Helseregion Sør

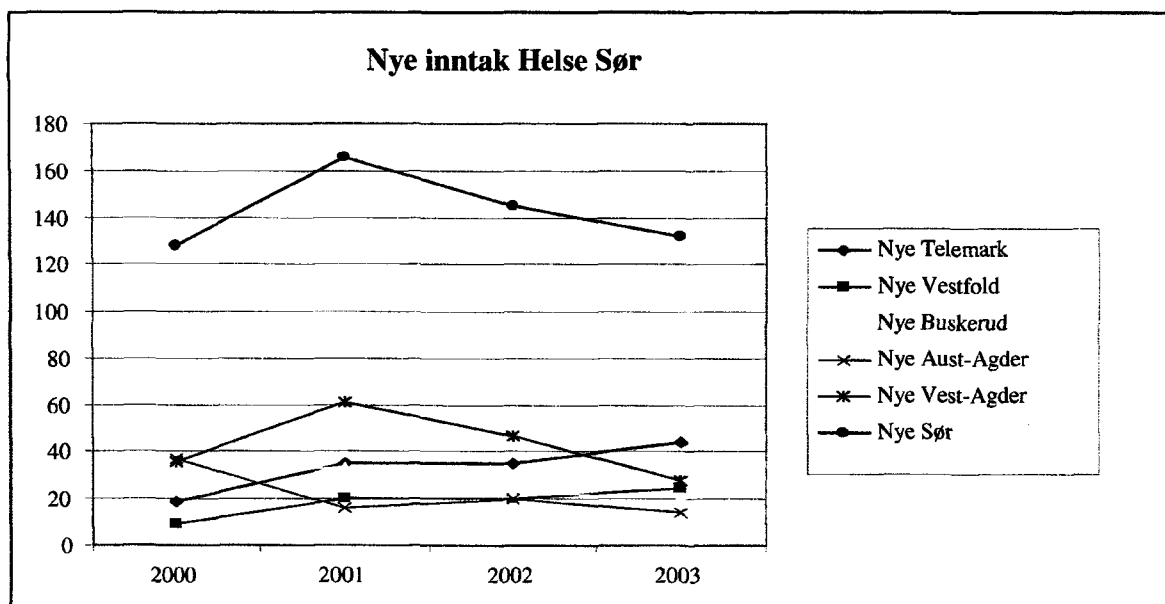
Tabell 15 viser at det i Helseregion Sør var flest nyinntak i 2001 og flest reinntak i 2002. I 2003 var det færre både av nyinntak og av reinntak.

Tabell 15. Oversikt over nyinntak og reinntak i Helseregion Sør

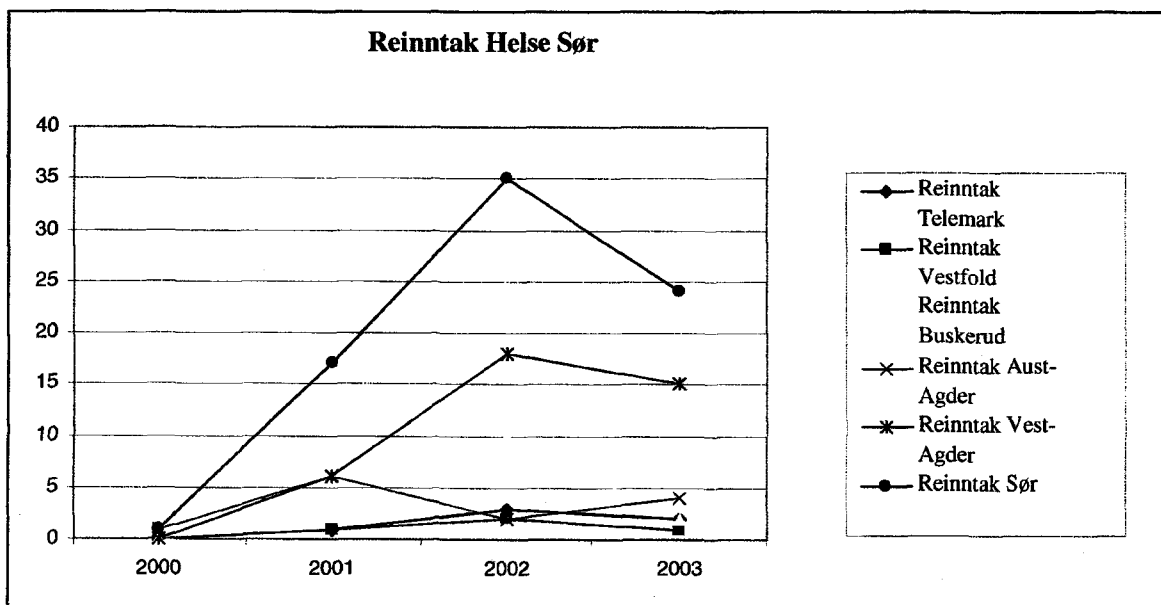
	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nye – Telemark	19	15	35	21	35	24	44	33
Nye – Vestfold	9	7	20	12	20	14	25	19
Nye – Buskerud	27	21	34	20	23	16	21	16
Nye – Aust-Agder	37	29	16	10	20	14	14	11
Nye – Vest-Agder	36	28	61	37	47	32	28	21
<b>Nye – Helseregion Sør</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>
Reinntak – Telemark	0	0	1	6	3	9	2	8
Reinntak – Vestfold	0	0	1	6	2	6	1	4
Reinntak – Buskerud	0	0	3	18	10	29	2	8
Reinntak – Aust-Agder	1	100	6	35	2	6	4	17
Reinntak – Vest-Agder	0	0	6	35	18	51	15	63
<b>Reinntak – Helseregion Sør</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Vi ser at det er ulike mønstre innen regionen. Inntaket i Buskerud, Aust-Agder og Vest-Agder kom tidligere i gang slik at andelen nyinntak fra disse fylkene var størst i 2000, mens Vestfold og Telemark har økt andel fra og med 2002. Denne forskjellen avspeiles delvis i andelen reinntak, men Aust- og Vest-Agder har fortsatt den høyeste andelen reinntak i 2003.

Figur 6. Nye inntak ved fylkene i Helseregion Sør



Figur 7. Reinntak ved fylkene i Helseregion Sør



#### 5.4 Helseregion Vest

Tabell 16 viser at Helseregion Vest har hatt en jevn økning av både nyinntak og reinntak. Tabellen viser at Rogaland er registrert med særlig høyt nyinntak i 2003. Dette skyldes at

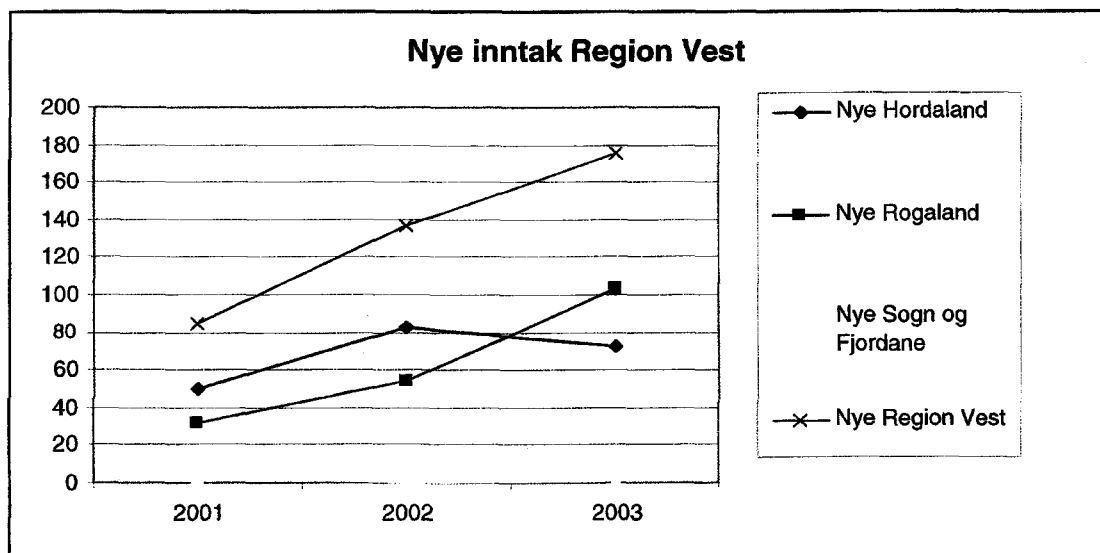
tiltaket ble opprettet i 2002, og at hele den gruppen av pasienter som tidligere hadde vært i behandling i tiltaket i Bergen, ble overført til LAR – Rogaland og registrert som nye der.

**Tabell 16. Nyinntak og reinntak i Helseregion Vest**

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Nye – Hordaland	50	59	83	61	72	41
Nye – Rogaland	32	38	54	39	103	59
Nye – Sogn og Fjordane	3	4	0	0	1	1
<b>Nye – Helseregion Vest</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>100</b>
Reinntak – Hordaland	8	73	14	82	22	63
Reinntak – Rogaland	3	27	3	18	12	34
Reinntak – Sogn og Fjordane	0	0	0	0	1	3
<b>Reinn. – Helseregion Vest</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

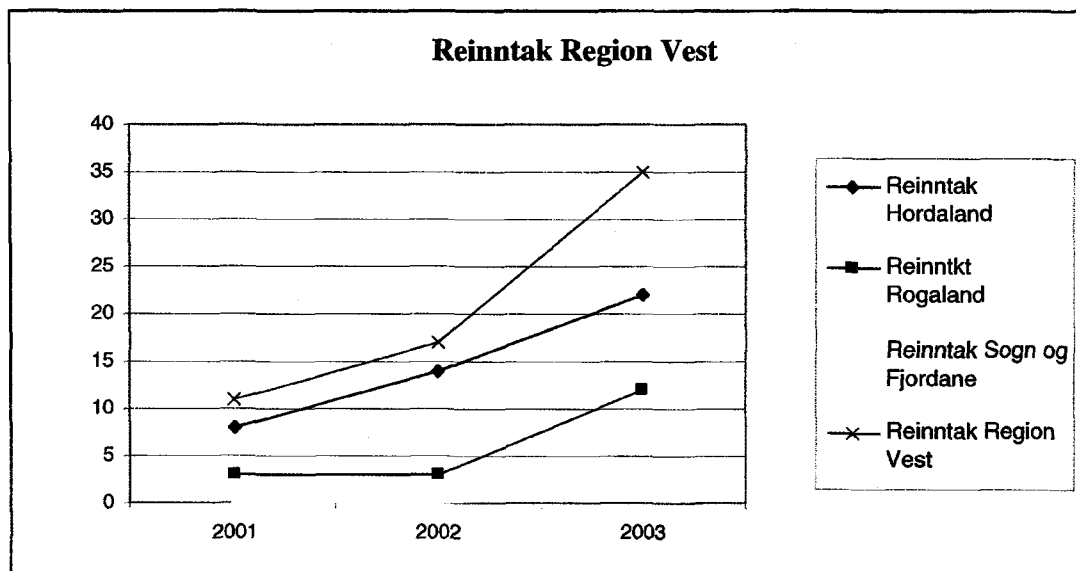
Dette er også grunnen til at tiltaket for Hordaland og Sogn og Fjordane hadde en relativ reduksjon i antall nyinntak i 2003. Mønsteret går tydeligst frem av figur 8.

**Figur 8. Fordeling av nye inntak i Helseregion Vest**



I Helseregion Vest er det et lite antall pasienter som blir reinntatt, men det er likevel økende som forventet. I regionen i 2003 har Hordaland størst reinntak med 63 % og Rogaland med 34 % (tabell 16 og figur 9).

**Figur 9. Fordeling av reinntak i Helseregion Vest**



### 5.5 Helseregion Midt-/Nord-Norge

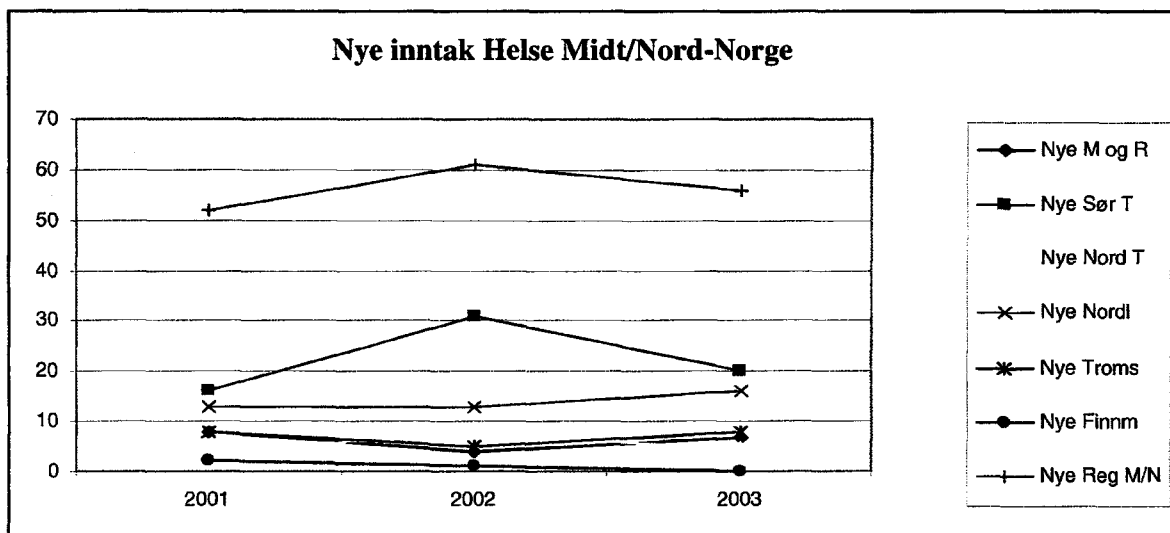
Tabell 17 viser at Helseregion Midt- og Nord-Norge skiller seg ut ved å ha i et jevnt antall nyinntak og svært få reinntak.

**Tabell 17. Oversikt over nyinntak og reinntak i Helseregion Midt-/Nord-Norge**

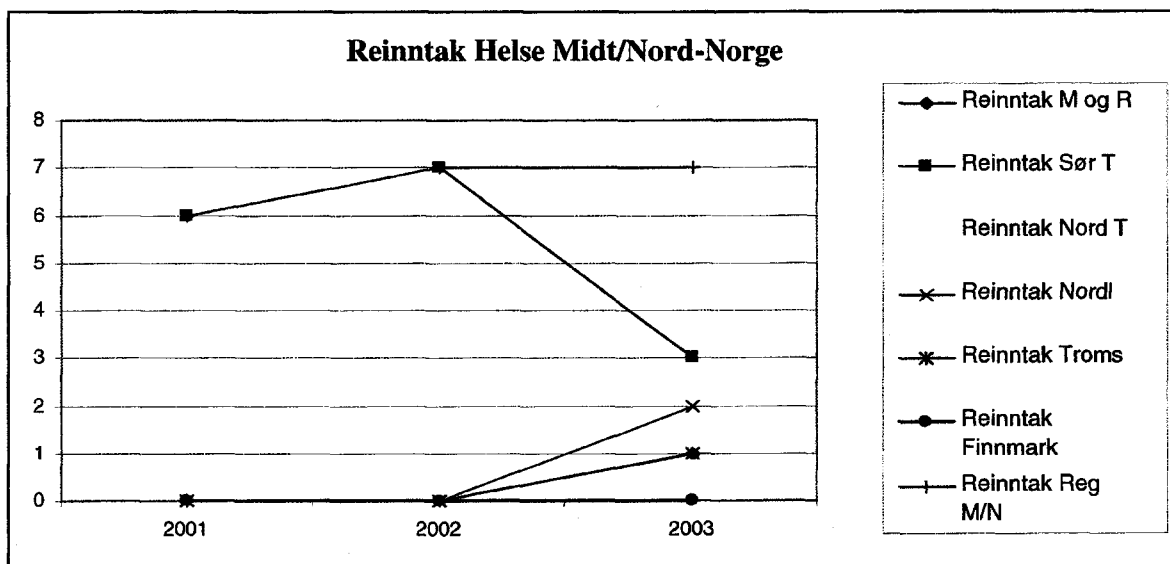
	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Nye Møre/Romsdal	8	15	4	7	7	13
Nye Sør-Trøndelag	16	31	31	51	20	36
Nye Nord-Trøndelag	5	10	7	11	5	9
Nye Nordland	13	25	13	21	16	29
Nye Troms	8	15	5	8	8	14
Nye Finnmark	2	4	1	2	0	0
<b>Nye Region M/Nord</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
Reinntak Møre/Romsdal	0	0	0	0	1	14
Reinntak Sør-Trøndelag	6	100	7	100	3	43
Reinntak Nord-Trøndelag	0	0	0	0	0	0
Reinntak Nordland	0	0	0	0	2	29
Reinntak Troms	0	0	0	0	1	14
Reinntak Finnmark	0	0	0	0	0	0
<b>Reinntak Region M/Nord</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Hoveddelen av inntakene er i Sør-Trøndelag og Nordland, og reinntak er nesten utelukkende knyttet til Sør-Trøndelag, som domineres av Trondheim, der senteret ligger (figur 10 og 11). Det var ingen inntak i Finnmark i 2003 (stabilt antall pasienter på 2).

**Figur 10. Fordeling av nye inntak i Helseregion Vest**



**Figur 11. Fordeling av reinntak i Helseregion Vest**



## 5.6 Inntak på medisinsk grunnlag

I retningslinjene for LAR er det åpnet for at en kan se bort fra krav om tidligere behandling og alder når det foreligger en alvorlig sykdom som ikke lar seg behandle uten stabilisering med metadon eller buprenorfin. MAR Øst har hatt en egen legegruppe sammen med somatisk medisinske avdelinger for å ta standpunkt til hvilke sykdommer dette gjelder og til hvilken alvorlighetsgrad. Søkere med alvorlige sykdommer har dessuten i betydelig grad blitt

prioritert ved inntakene. I begge disse typene inntak er inntaket registrert som inntak på medisinsk grunnlag. Tabell 18 viser en oversikt over antallet slike inntak i de ulike regionene.

**Tabell 18. Antall inkludert på somatisk grunnlag, og som prosent av antall av nye inntak**

	2000		2001		2002		2003	
	N	% av nye inntak	N	% av nye inntak	N	% av nye inntak	N	% av nye inntak
Region Øst	113	46	129	43	151	45	149	56
Region Sør	12	9	18	11	23	16	30	23
Region Vest	9	12	28	33	31	23	34	19
Region M/Nord	4	12	6	11	9	15	9	16
<b>Norge</b>	<b>138</b>	<b>58</b>	<b>181</b>	<b>30</b>	<b>214</b>	<b>32</b>	<b>222</b>	<b>35</b>

Vi ser at slike inntak i perioden 2000–2003 har vært økende både på landsbasis og i helseregionene. Vi ser også at problemstillingen særlig er aktuell i Helseregion Øst, som har 67 % av denne typen inntak, men bare noe over halvdel av alle inntak. Bak tallene ligger en særlig dominans av inntak i Oslo, som både har hatt en egen avdeling knyttet til dette og dessuten nok også større sykkelighet blant søkerne. Hordaland med Bergen har også mange slike inntak. Det samme gjelder Akershus, som i stor grad har felles miljø med målgruppen i Oslo.

## 6 Valg av medikament

Høydose buprenofin – Subutex® – ble registrert til bruk i LAR i 2000. LAR-sentrene i Oslo, Vest-Agder og Bergen var involvert i forsøksprosjekter med midler fra Sosialdepartementet, som da var ansvarlig departement. Etter dette har medikamentet blitt tatt i bruk i økende grad, som det fremgår av tabell 19. Særlig bemerkelsesverdig er økningen i Helseregion Vest. I hele landet var 484 (20 %) av 2431 pasienter under behandling med Subutex® i 2003. I Helseregion Vest var det 276 (63%) av 438, i Helseregion Sør 96 (19 %) og i Helseregion Øst 106 (8%) av 1313.



**Tabell 19. Antall behandlet med buprenorfin, og som prosent av antall i behandling**

	2000		2001		2002		2003	
	N	% av antall i behandling	N	% av antall i behandling	N	% av antall i behandling	N	% av antall i behandling
Region Øst	41	6	17	2	78	7	106	8
Region Sør	15	6	32	9	73	17	96	19
Region Vest	54	45	92	49	180	63	276	63
Region Midt/Nord	0	0	3	3	10	7	6	3
<b>Norge</b>	<b>110</b>	<b>10</b>	<b>144</b>	<b>10</b>	<b>341</b>	<b>17</b>	<b>484</b>	<b>20</b>

## 7 Avsluttet behandling – utskrivning

Legemiddelassistert rehabilitering tilbys som en langvarig eller livsvarig behandling. Siktemålet er ikke å helbrede opioid avhengighet, men å nyttiggjøre den stabiliserende effekten av egnede opioider til å muliggjøre sosial og eventuelt yrkesmessig rehabilitering.

Målsettingen er derfor å beholde pasienten i vedlikeholdsbehandling, både for å fremme vekst og utvikling og for å bevare de fremskrittene som er gjort.

Likevel avslutter en del behandlingen. Med behandlingsavslutning menes her at de ikke lenger får utlevert medikamentet fra vedkommende tiltak eller fra samarbeidende instanser som apotek. De kan fortsatt være i behandling i annen type tiltak eller fortsatt få ulike former for hjelpetiltak.

Behandlingsavslutningene skal besluttes, eventuelt godkjennes, av det ansvarlige regionale tiltak, som også registerfører avslutning (utskrivning). Noen av pasientene flytter til andre tiltak i andre regioner eller fylker og blir da utskrevet fra det senteret de har vært registrert i. Disse pasientene fortsetter i virkeligheten i behandling. De har i stor grad somatisk og psykisk sykkelighet i tillegg til sin opioid-avhengighet, slik at en viss andel dør i løpet av behandlingen. Ser vi bort fra disse, kan vi skille mellom de som selv ønsker å avslutte og de som blir utskrevet mer eller mindre mot sin vilje fordi behandlingen har utilstrekkelig effekt eller fordi de har hatt en atferd (trusler / vold / salg av medikamentet) som skal føre til utskrivning etter retningslinjene.

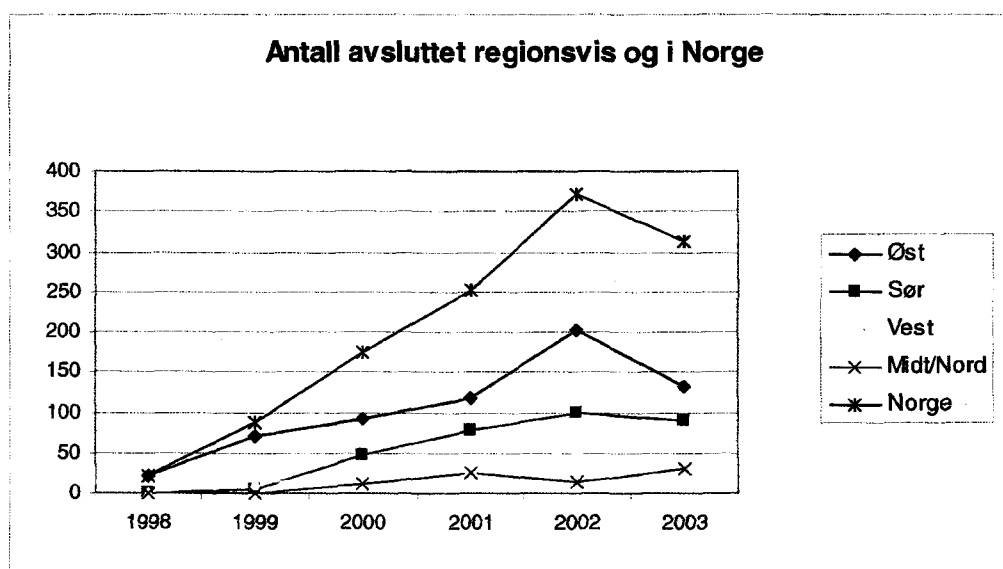
Antall avsluttet i behandling er i denne oversikten korrigert for antall overflyttet til annet tiltak i fylket eller helseregion og omfatter antall med selvvalgt avslutning og antall skrevet ut etter vedtak samt antall dødsfall.

Tabell 20 og figur 12 viser en oversikt. Vi ser at det er en jevn økning i antall utskrivninger, fra 88 i 1999 til 312 i 2003, dvs. 354 %. Antall inntak økte imidlertid fra 124 til 762, dvs. 614 %. Antall inntak økte altså mer enn antall utskrivninger. Vi ser av tabellen og av figur 7 at det er noe >>> ulikt mønster. Antall utskrivninger har økt jevnt i Helseregion Øst, mens den har blitt noe mindre i Helseregion Sør og har vært stabil i Vest.

**Tabell 20. Antall pasienter som har avsluttet i behandling i de ulike helseregionene og i Norge, korrigert for de som har flyttet til annet tiltak**

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	21	95	71	81	91	53	118	47	202	54	132	42
Sør	0	0	5	6	47	27	78	31	100	27	89	29
Vest	1	5	11	13	23	13	30	12	55	15	60	19
Midt/Nord	0	0	1	1	12	7	25	10	15	4	31	10
<b>Norge</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>251</b>	<b>100</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

**Figur 12. Antall avsluttet i behandling i helseregionene og i Norge**



## 7.1 Type utskrivning

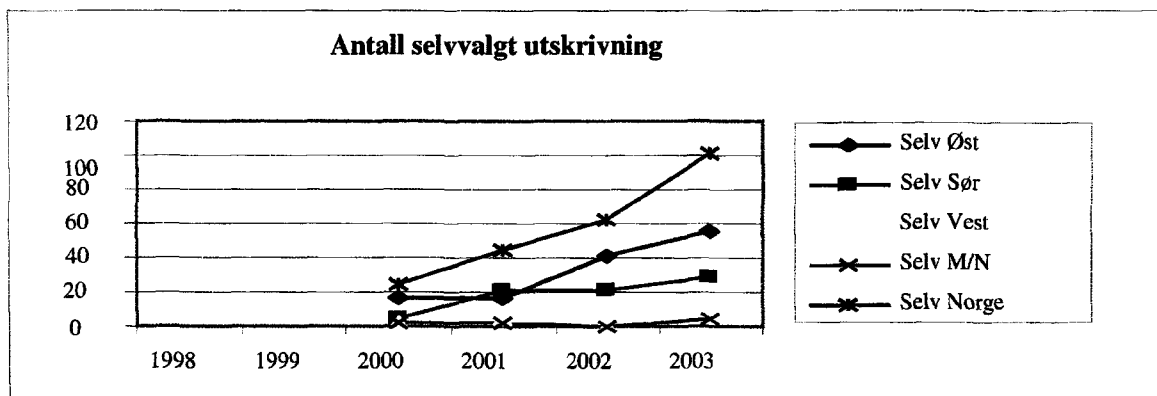
Tabell 21 viser en oversikt over hvor mange utskrivninger som er selvvalgte og hvor mange som skjer etter vedtak.

**Tabell 21. Avsluttet behandling etter vedtak og selvvalgt utskrivning**

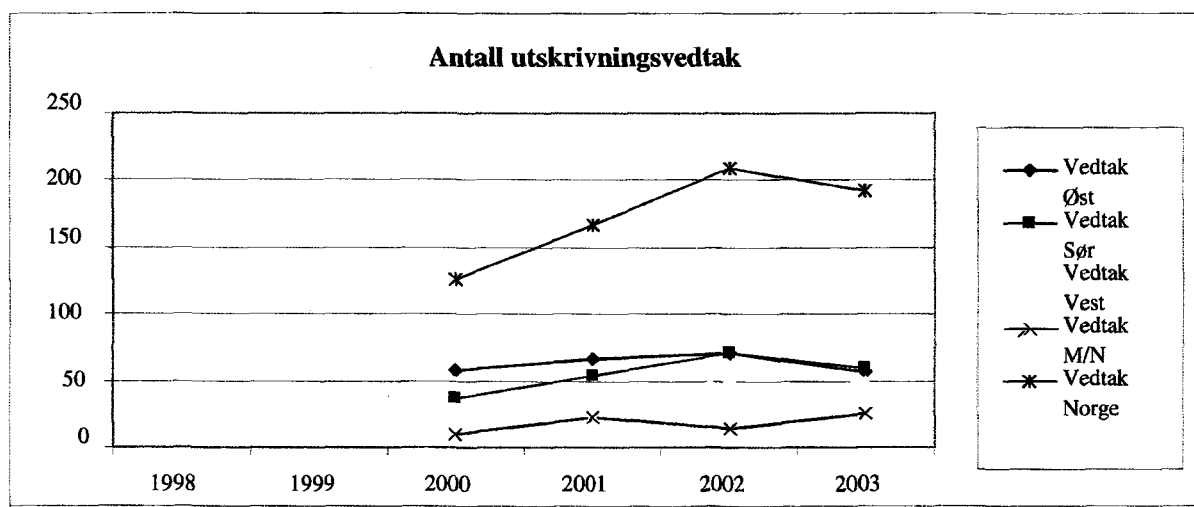
	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vedtak Øst	58	46	67	40	70	33	57	30
Vedtak Sør	37	29	53	32	71	34	60	31
Vedtak Vest	21	17	24	14	54	26	49	26
Vedtak M/N	10	8	23	14	14	7	26	14
<b>Vedtak Norge</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>209</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>100</b>
Selvvalgt Øst	17	68	17	38	41	66	56	55
Selvvalgt Sør	4	16	21	47	21	34	29	29
Selvvalgt Vest	2	8	5	11	0	0	11	11
Selvvalgt M/N	2	8	2	4	0	0	5	5
<b>Selvvalgt Norge</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Vi ser at på landsbasis økte antallet som ble utskrevet på grunnlag av vedtak om utilstrekkelig effekt frem til 2002 og gikk deretter noe tilbake. Dette kan ha sammenheng med signaler fra SHD om at en skulle vektlegge forholdsmessighet og klinisk skjønn. En utskrivning må være begrunnet i en helhetlig vurdering. Når det gjelder regional fordeling ser vi en tendens til at andelen fra Helseregion Øst blant de som utskrives på slikt vedtak, har sunket gjennom perioden. Vi ser av figur 12 at antallet utskrivningsvedtak i Norge ikke lenger øker og kanskje går noe tilbake. Utskrivninger betegnet som selvvalgte øker derimot gjennom hele perioden. Tallmessig dominerer imidlertid utskrivninger på bakgrunn av vedtak. Vi ser dessuten av tabell 21 og figur 13 at denne andelen "selvvalgt" er relativt sett høy i Helseregion Sør og lav i Helseregion Vest. Det er viktig her å være klar over at antallene og de Regionale mønstrene påvirkes mer av ulike praksis når det gjelder betegnelse enn i klinisk praksis. Disse forholdene er undersøkt nærmere og beskrevet i delrapport SKR 2/2004 *Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning?*

**Figur 13. Avsluttet behandling etter selvvalgt utskrivning**



**Figur 14. Avsluttet behandling etter vedtak**



## 7.2 Utskrivninger i Helseregion Øst

Tabell 22 gir en oversikt over utviklingen i antall utskrivninger i Helseregion Øst fordelt på de ulike fylkene. Tabell 23 viser forholdet mellom selvvalgt utskrivning og vedtaksbestemt utskrivning.

Vi ser at det er Oslo som dominerer i antall, mer enn andelen pasienter skulle tilsi. Oslo har noe over 50 % av pasientene, men altså åtte av ti utskrivninger. Året 2003 må ses som spesielt fordi MAR Øst dette året hadde en inntakspoliklinikk som tok inn pasienter og startet dem med buprenorfin uten avvenning og den grundige forberedelse som vanligvis forutsettes. En relativt høy andel av disse pasientene avbrøt oppstarten og den første stabiliseringen før overgang til ordinær oppfølging. Dersom man vil øke inntakstakten, må man også regne med

at en høyere andel avbryter. Vi ser ellers at antallet utskrivninger er lavt i resten av helseregionen.

**Tabell 22. Antall utskrivninger i Helseregion Øst**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Oslo	-	-	-	94	80	161	80	95	72
Akershus	-	-	-	15	13	20	10	13	10
Østfold	-	-	-	1	1	6	3	15	11
Hedmark	-	-	-	3	3	9	4	7	5
Oppland	-	-	-	5	4	6	3	2	2
<b>Region Øst</b>	<b>21</b>	<b>71</b>	<b>91</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>202</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

**Tabell 23. Oversikt over type utskrivningsbeslutning i Helseregion Øst (avsluttet behandling ved vedtak eller selvvalgt utskrivelse)**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Vedtak Oslo	-	-	-	53	79	48	69	37	65
Vedtak Akershus	-	-	-	10	15	11	16	5	9
Vedtak Østfold	-	-	-	0	0	1	1	6	11
Vedtak Hedmark	-	-	-	3	4	6	9	7	12
Vedtak Oppland	-	-	-	1	1	4	6	2	3
<b>Vedtak Region Øst</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>58</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>
Oslo	-	-	-	9	53	28	68	47	84
Selvvalgt Akershus	-	-	-	5	29	6	15	5	9
Selvvalgt Østfold	-	-	-	0	0	3	7	4	7
Selvvalgt Hedmark	-	-	-	0	0	2	5	0	0
Selvvalgt Oppland	-	-	-	3	18	2	5	0	0
<b>Selvvalgt Region Øst</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

### 7.3 Utskrivninger i Helseregion Sør

Tabell 24 gir en oversikt over utskrivningene med prosentvis andel mellom fylkene hvert år. Vi ser en jevn økning i utskrivninger frem til 2002. Det var liten forandring frem til 2003, og dette året hadde regionen 29 % av antallet utskrivninger på landsbasis (tabell 20). Vi ser også at antallet utskrivninger har vært høyt i Buskerud gjennom hele perioden, mens antallet har vært særlig høyt i Vest-Agder fra og med 2001.

**Tabell 24. Årlig antall utskrivninger fordelt på fylkene i Helseregion Sør**

	1998	1999	2000		2001		2002		2003	
	-	-	N	%	N	%	N	%	N	%
Telemark	-	-	5	11	9	12	12	12	20	19
Vestfold	-	-	12	26	7	9	13	13	9	9
Buskerud	-	-	15	32	21	27	15	15	25	24
Aust-Agder	-	-	6	13	19	24	12	12	15	14
Vest-Agder	-	-	9	19	22	28	48	48	35	34
<b>Region Sør</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Tabell 25. Utskrivninger delt etter vedtak/selvvalgt i fylkene i Helseregion Sør**

	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vedtak Telemark	5	14	7	13	9	13	14	23
Vedtak Vestfold	12	32	6	12	10	14	8	13
Vedtak Buskerud	15	41	20	38	15	21	22	37
Vedtak Aust-Agder	0	0	12	23	4	6	7	12
Vedtak Vest-Agder	5	14	7	13	33	46	9	15
<b>Vedtak Sør</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
Selvvalgt Telemark	0	0	2	10	1	5	2	7
Selvvalgt Vestfold	0	0	1	5	3	14	1	3
Selvvalgt Buskerud	0	0	0	0	0	0	2	7
Selvvalgt Aust-Agder	2	50	4	19	5	24	6	21
Selvvalgt Vest-Agder	2	50	14	67	12	57	18	62
<b>Selvvalgt Sør</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Tabell 25 viser store forskjeller i utskrivningsmønster. I Buskerud betegnes nesten alle utskrivninger som vedtaksbetinget (dårlig behandlingseffekt). I Aust-Agder og Vest-Agder betegnes en høy andel som selvvalgte. Dette er i stor grad først og fremst uttrykk for ulike bruk av begrepene slik det er nærmere beskrevet i delrapporten SKR 2/2004: *Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning?*

#### 7.4 Utskrivninger i Helseregion Vest

Tabell 26 viser en oversikt over utskrivningene, og tabell 27 viser hvorledes disse ble fordelt i selvvalgte og vedtaksbetingede. Vi ser at antallet gjennom hele perioden er relativt lavt, men jevnt stigende. I forhold til andelen pasienter i landet er andelen utskrivninger likevel gjennomgående lavt. I 2003 utgjør dette 14 % av antall avsluttet på landsbasis (tabell 18), mens andelen i behandling var 18 % (tabell 1). Innenfor regionen er det Hordaland som har hatt flest utskrivninger hvert år i 2001-2003, og dette er forventet da fylket har hatt høyst i antall pasienter i behandling. Det ses også at det er størst økning av antall utskrivninger i

2001-2003 i Rogaland, mens det minsker i Hordaland. Dette avspeiler først og fremst opprettelsen av LAR Rogaland og det økende antallet pasienter i dette senteret.

**Tabell 26. Antall utskrivninger og andel i fylkene i Helseregion Vest**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Hordaland	-	-	-	23	77	37	67	33	50
Rogaland	-	-	-	7	23	17	31	32	48
Sogn og Fjordane	-	-	-	0	0	1	2	1	2
<b>Region Vest</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Tabell 27. Type utskrivninger i vedtak / selvvalgt i fylkene i Helseregion Vest**

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Vedtak Hordaland	18	75	37	69	22	45
Vedtak Rogaland	6	25	16	30	27	55
Vedtak Sogn og Fjordane	0	0	1	2	0	0
<b>Vedtak Region Vest</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>
Selvvalgt Hordaland	5	100	0	0	7	64
Selvvalgt Rogaland	0	0	0	0	3	27
Selvvalgt Sogn og Fjordane	0	0	0	0	1	9
<b>Selvvalgt Region Vest</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Vi ser av tabell 27 at kategorien selvvalgt utskrivninger nesten ikke brukes i Helseregion Vest.

## 7.5 Utskrivninger i Helseregion Midt-/Nord-Norge

Tabell 28 viser en oversikt over antallet utskrivninger i regionen og tabell 29 fordelingen mellom de som betegnes som selvvalgte og de som er betinget i vedtak. Begge tabeller gir antall og årlig andel mellom fylkene.

**Tabell 28. Antall utskrivninger i Helseregion Midt-/Nord-Norge fylkesvis**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Møre og R.	-	-	-	3	12 %	2	13 %	5	16 %
Sør-Trøndelag	-	-	-	15	60 %	6	40 %	18	58 %
Nord-Trøndelag	-	-	-	0	0 %	1	7 %	1	3 %
Nordland	-	-	-	6	24 %	3	20 %	4	13 %
Troms	-	-	-	1	4 %	2	13 %	3	10 %
Finnmark	-	-	-	0	0 %	1	7 %	0	0 %
<b>Region M/Nord</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabell 29. Type utskrivninger etter vedtak eller selvvalgt i fylkene i Helseregion Midt-/Nord-Norge – antall og fylkesvis andel**

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Vedtak Møre og Roms.	3	13	1	7	4	15
Vedtak Sør-Trøndelag	13	57	6	43	14	54
Vedtak Nord-Trøndelag	0	0	1	7	1	4
Vedtak Nordland	6	26	3	21	4	15
Vedtak Troms	1	4	2	14	3	12
Vedtak Finnmark	0	0	1	7	0	0
<b>Vedtak Region M/N-Norge</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Selvvalgt Møre og Roms.	0	0	1	100	1	20
Selvvalgt Sør-Trøndelag	2	100	0	0	4	80
Selvvalgt Nord-Trøndelag	0	0	0	0	0	0
Selvvalgt Nordland	0	0	0	0	0	0
Selvvalgt Troms	0	0	0	0	0	0
Selvvalgt Finnmark	0	0	0	0	0	0
<b>Selvvalgt Region M/N-Norge</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Helseregion Midt-/Nord-Norge hadde i 2003 8 % av alle i behandling i landet (tabell 1) og 6 % av alle utskrivningene (tabell 18), altså noe under gjennomsnittet i landet. Tabell 26 viser at utviklingen har vært noe ujevn med lavt antall i 2002. Hoveddelen av utskrivninger er i Sør-Trøndelag og i Nordland, som også har de fleste i behandling.

Av tabell 29 ser vi at man nesten ikke bruker betegnelsen selvvalgt i regionen.



## 8 Hvor mange venter hvor?

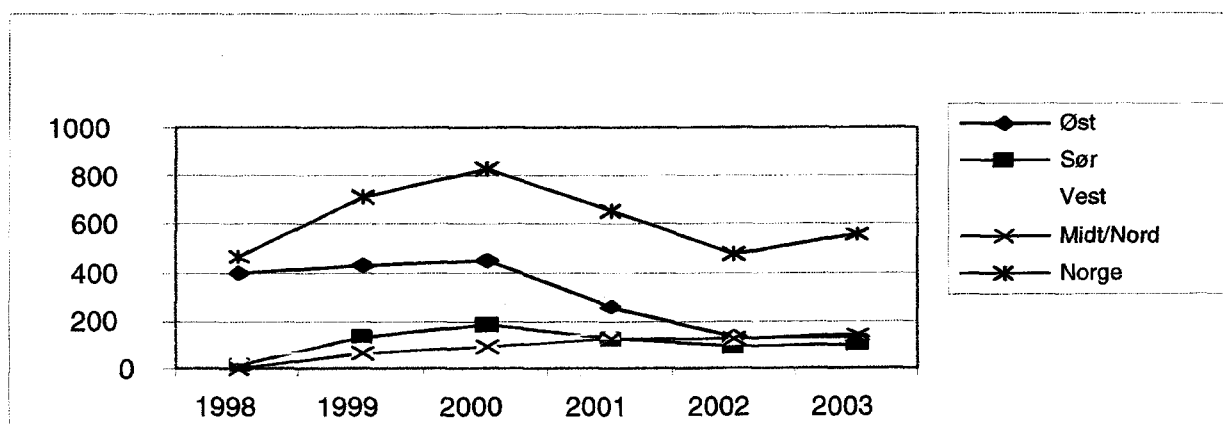
Antall som venter er summen av de som venter på å få sin søknad behandlet (søkerliste) og de som har fått sin søknad godkjent, men venter på å komme i gang med behandling (venteliste). I denne oversikten er disse tallene slått sammen i tabeller og figurer og kalt antall i ventesituasjon. På landsbasis var dette 550 i 2003. Av disse ventet 353 på behandlingsplass og 197 på å komme i gang med innvilget behandling.

Tabell 30 og figur 15 viser at det har vært flest som venter i Helseregion Øst gjennom hele perioden. Dette er ikke uventet siden regionen rommer mer enn halvdel av landets tunge heroinbrukere og har noe over halvdel av pasienter i behandling. Vi ser også at antallet er redusert, og at dette særlig skyldes reduksjon i Helseregion Øst.

**Tabell 30. Årlig antall i ventesituasjon i Helseregionene og i Norge (antall og årlig fylkesvis andel innen regionen)**

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	400	86 %	431	60 %	448	54 %	254	39 %	130	28 %	136	25 %
Sør	13	3 %	133	19 %	182	22 %	124	19 %	92	20 %	98	18 %
Vest	50	11 %	84	12 %	108	13 %	149	23 %	128	27 %	176	32 %
Midt/Nord	1	0 %	65	9 %	90	11 %	122	19 %	121	26 %	140	25 %
<b>Norge</b>	<b>464</b>	<b>100</b>	<b>713</b>	<b>100</b>	<b>828</b>	<b>100</b>	<b>649</b>	<b>100</b>	<b>471</b>	<b>100</b>	<b>550</b>	<b>100</b>

**Figur 15. Årlig antall i ventesituasjon i helseregionene og i Norge**



Utviklingen illustreres av figur 15. Denne viser markert reduksjon i Helseregion Øst, moderat reduksjon i Helseregion Sør, stagnasjon i Helseregion Vest frem til 2002, og deretter ny økning og jevn øking i Helseregion Midt-/Nord-Norge.

Tabell 31 viser at antallet i ventesituasjon var blitt nokså likt i Helseregion Øst, Helseregion Vest og Helseregion Midt-/Nord-Norge i 2002 og noe lavere i Helseregion Sør. Etter ny økning i vestlandsfylkene i 2003 ble antallet i ventesituasjon størst i denne regionen.

**Tabell 31. Antall i behandling per 31.12.2003, antall inntak i løpet av året, og antall i ventesituasjon per 31.12.2003 i regionene og i landet**

	Totalt antal i behandling per 31.12.		Inntak i løpet av året		I ventesituasjon per 31.12.	
	N	%	N	%	N	%
Helseregion Øst	1313	54	494	53	136	25
Helseregion Sør	495	20	159	17	98	18
Helseregion Vest	438	18	219	23	176	32
Helseregion Midt-/Nord-Norge	185	8	63	7	140	25
<b>Norge</b>	<b>2431</b>	<b>100</b>	<b>935</b>	<b>100</b>	<b>540</b>	<b>100</b>

For å vurdere disse tallene må en imidlertid se antallet som venter i forhold til behandlingsbehov og størrelse på inntaket. Dette er gjort i tabell 29 som viser antall pasienter i behandling og antall som tas inn i behandling sammen med antall og andel i ventesituasjon.

Vi ser da at Helseregion Midt-/Nord-Norge har nesten samme antall som venter som antall i behandling. I Helseregion Øst er noe mer enn en tidedel som venter ift antall i behandling, og for Helseregion Sør er dette en femdel og to femdel i Helseregion Sør. Det er altså vesentlige forskjeller. Dersom en beregner ventetiden på grunnlag av antall inntak i 2003, vil den stipuleres til anslagsvis to år i Helseregion Midt-/Nord-Norge, tre-fire måneder i Helseregion Øst, syv-åtte måneder i Helseregion Sør og ni-ti måneder i Helseregion Vest. Det må her understrekes at antall inntak (og antall utskrivninger) var særlig høyt i Oslo i 2003 på grunn av en spesiell inntakspoliklinikk. Det må også understrekes at det er store forskjeller mellom de ulike tiltakene innen regionen, og spesielt i Helseregion Sør, der særlig teamet i Vest-Agder, som er en del av MARIA, nesten ikke har ventelister.

## 8.1 Ventesituasjonen i Helseregion Øst

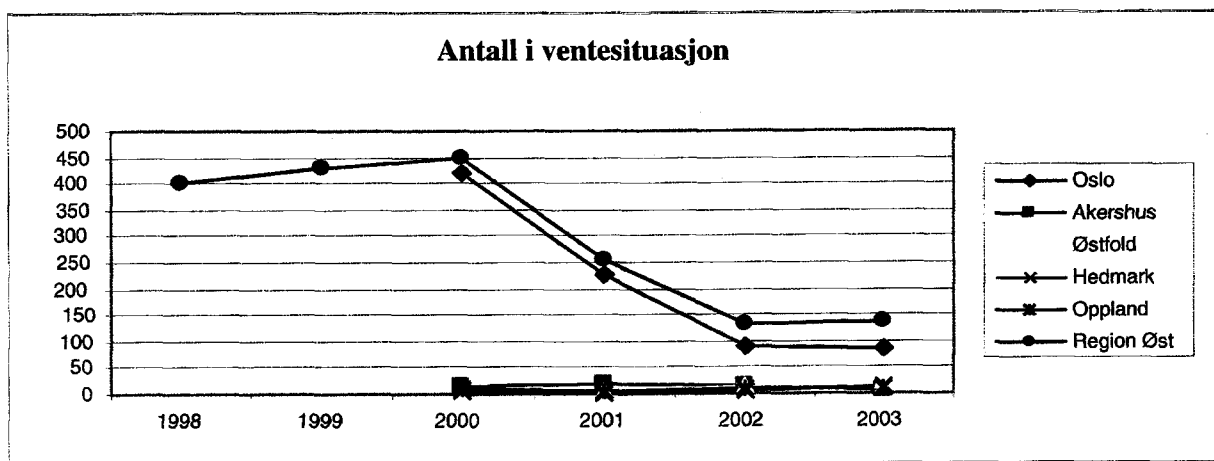
Oversikt og fylkesfordeling i Helseregion Øst fremgår av tabell 32 og figur 16.

**Tabell 32. Antall i ventesituasjon i Helseregion Øst**

	1998	1999	2000		2001		2002		2003	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Oslo	-	-	418	93	226	89	90	69	84	62
Akershus	-	-	13	3	18	7	12	9	6	4
Østfold	-	-	5	1	4	2	14	11	24	18
Hedmark	-	-	3	1	2	1	6	5	12	9
Oppland	-	-	9	2	4	2	8	6	10	7
<b>Region Øst</b>	<b>400</b>	<b>431</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	<b>254</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

Vi ser at kapasitetsproblemet i hovedsak stammer fra Oslo, som har noe over halvparten av pasientene i behandling. Vi ser også at det har vært en gradvis reduksjon i Oslo, mens det har vært en langsom økning i ventetid i de andre fylkene bortsett fra Akershus, der venteproblemet synes størst i 2001.

**Figur 16. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Øst 1998–2003**



Omregner vi antallet som ventet i 2003 (se tabell 30) i forhold til årlig antall inntak (se tabell 32) og antar samme takt i inntaket, vil ventetiden i Oslo være fem-seks måneder, mens den i Østfold, Akershus og Oppland vil være to-tre måneder og i Hedmark inntil en måned.

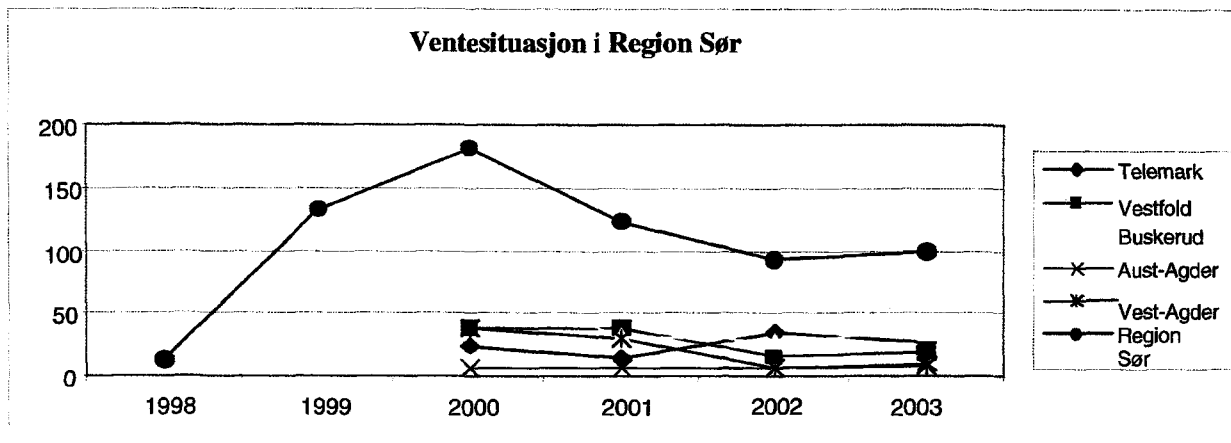
## 8.2 Ventesituasjonen i Helseregion Sør

Av de 98 pasientene som var i ventesituasjon i Helseregion Sør i 2003, stod 56 (57 %) på søkerliste og 42 på venteliste (43 %). Tabell 33 og figur 17 gir en nærmere oversikt.

**Tabell 33. Fylkesvis oversikt over ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Sør. Årlig antall og andel mellom fylkene**

	1998	1999	2000		2001		2002		2003	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Telemark	-	-	25	14 %	14	11 %	34	37 %	26	27 %
Vestfold	-	-	38	21 %	39	31 %	17	18 %	18	18 %
Buskerud	-	-	74	41 %	33	27 %	28	30 %	34	35 %
Aust-Agder	-	-	6	3 %	7	6 %	6	7 %	11	11 %
Vest-Agder	-	-	39	21 %	31	25 %	7	8 %	9	9 %
<b>Region Sør</b>	<b>13</b>	<b>133</b>	<b>182</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Figur 17. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Sør



Vi ser at regionen som helhet hadde en økning i antall frem til år 2000 og deretter et fall til anslagsvis 100. Antallet er blitt halvert fra 2000 til 2003. Vi ser også at det er en tydelig forskjell mellom fylkene som deltar i MARIA Aust- og Vest-Agder og de som har samarbeidet i det tidligere trefylkesamarbeidet, Vestfold, Buskerud og Telemark. De to første har hatt svært korte ventelister, særlig etter at Vest-Agder reduserte antallet på listene fra 2002. De tre andre har hatt et noe høyere antall i ventesituasjon.

Dersom vi beregner antall inntak per måned i 2003 (tabell 11) og forutsetter samme takt i inntaket, vil ventetiden være 17–18 måneder i Buskerud, åtte-ni måneder i Telemark og Aust-Agder, seks-syv måneder i Telemark og to-tre måneder i Vest-Agder. For hele regionen blir den syv til åtte måneder. Disse tallene forutsetter imidlertid at 2003 var et år som er typisk i inntak og tilmelding av søkere.

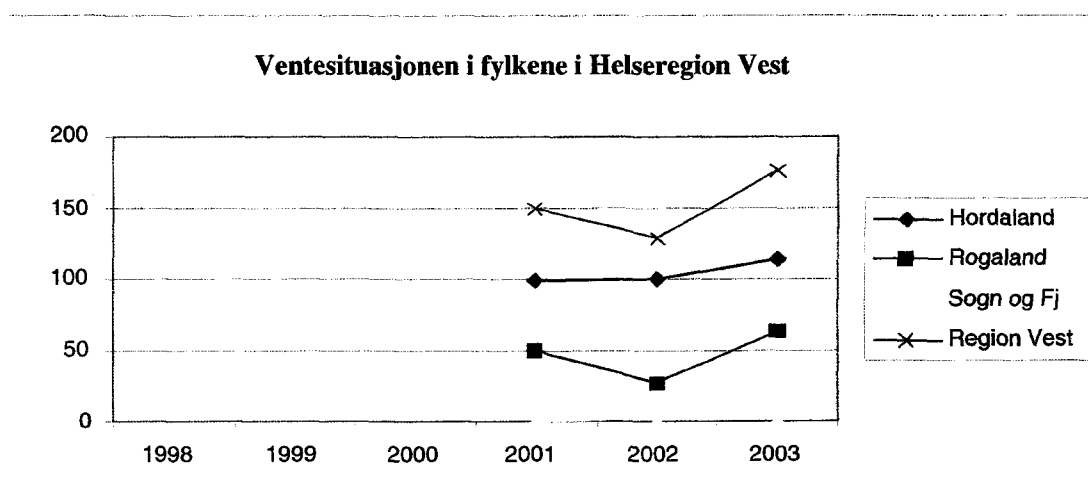
### 8.3 Ventesituasjonen i Helseregion Vest

Av de 176 som var i ventesituasjon i 2003, ventet 81 % på behandlingsstart (venteliste) og 19 % på behandling av søknaden (søkerliste). Tabell 34 og figur 18 viser oversikt over antall, relativ fordeling hvert år mellom fylkene og utviklingen i perioden.

**Tabell 34. Antall i ventesituasjon i fylkene i Helseregion Vest 2000–2001**

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Hordaland	99	66	100	78	113	64
Rogaland	50	34	27	21	62	35
Sogn og Fjordane	0	0	1	1	1	1
<b>Region Vest</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

**Figur 18. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Vest 1998–2003**



Vi ser at regionen som helhet hadde et fall i antall i ventesituasjon i 2002 som i alt vesentlig var knyttet til Rogaland, hvor det åpnet et nytt senter – LAR Rogaland. I 2003 var antallet som venter igjen økt, og var igjen like høyt som før senteret i LAR Rogaland ble åpnet.

Om en beregner ventetiden på grunnlag av årlig antall inntak i 2003, vil ventetiden bli 14–15 måneder i Hordaland, seks måneder i Rogaland og dem måneder i Sogn og Fjordane. I hele fylket vil den bli ti måneder. Disse tallene influeres imidlertid av at man i Rogaland fikk et høyt antall nye i nytt senter. Kapasiteten vil neppe tillate samme andel inntak videre slik at ventetiden reelt sett blir lengre.

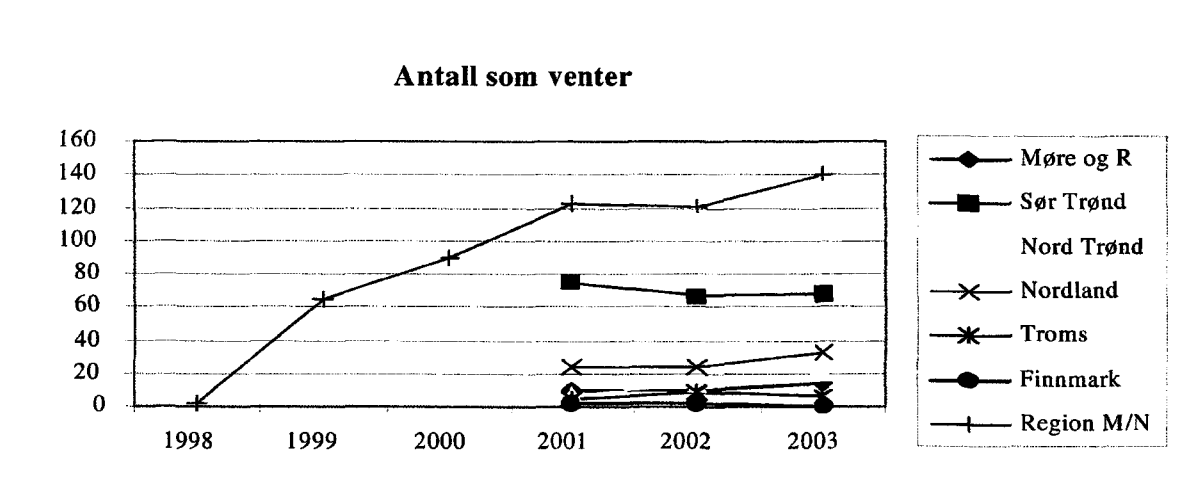
#### 8.4 Ventesituasjonen i Helseregion Midt-/Nord-Norge

Av de 140 som ventet i 2003, sto 97 (69 %) på venteliste og 43 (31 %) på søkerliste. Vi ser av tabell 35 og figur 19 at det har vært en jevn økning helt fra de første pasientene kom inn i behandling i 1999, men med en liten økning i Nordland, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. I helseregionen ses derfor en økning av antall som venter i nesten hele perioden 1998–2003, med stagnasjon fra 2001 til 2002.

**Tabell 35. Antall i ventesituasjon i fylkene i Helseregion Midt- og Nord-Norge. Årlige antall og relativ fordeling mellom fylkene**

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Møre og R	-	-	-	10	8	10	8	14	10
Sør-Trøndelag	-	-	-	75	61	66	55	67	48
Nord-Trøndelag	-	-	-	7	6	12	10	19	14
Nordland	-	-	-	24	20	24	20	32	23
Troms	-	-	-	4	3	8	7	5	4
Finnmark	-	-	-	2	2	1	1	0	0
<b>Region M/N</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>90</b>	<b>122</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Figur 19. Ventesituasjonen bedømt ved antall som venter i fylkene i Helseregion Midt-/Nord-Norge 1998–2003**



I hele perioden er det Sør-Trøndelag som har høyest antall som venter, men antallet har også sunket noe. Nordland, som også har et høyt antall som venter, har vist svak økning, og Nord-Trøndelag har en jevn økning.

Fylkene i Helseregion Midt-/Nord-Norge har hatt felles inntak gjennom MARiT i Trondheim. Det er først og fremst kapasiteten her som styrer tempoet i inntaket. Men siden lokale forhold også har betydning, er antatt ventetid også i denne regionen beregnet på grunnlag av inntaket i 2003. Om inntaket i 2003 legges til grunn, vil ha forventet ventetid være 46 måneder i Nord-Trøndelag, 34 måneder i Sør-Trøndelag, 21 måneder i Nordland, og syv måneder i Troms. Finnmark hadde ingen som var registrert i ventesituasjon. Problemene er altså størst i de fylkene som fra før har mange i behandling.

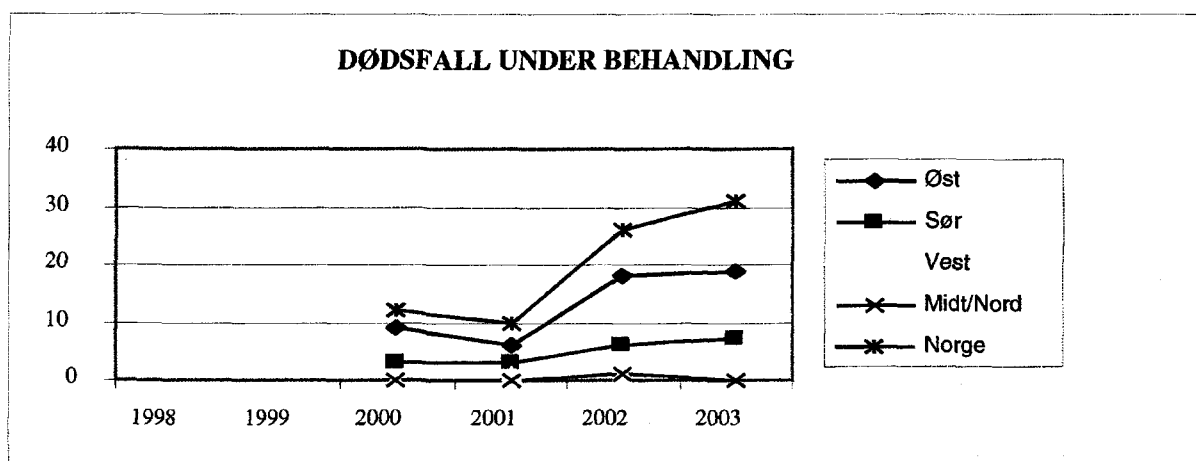
## 9 Dødsfall i Legemiddelassistert rehabilitering

LAR representerer ikke bare en behandling som skal fremme rehabilitering og økt livskvalitet. Redusert mortalitet er også en sentral begrunnelse. Den tertialvise rapporteringen omfatter også antall hvor behandlingen er avsluttet på grunn av dødsfall under behandlingen slik det går frem av tabell 36 og figur 20.

**Tabell 36. Årlig antall dødsfall og andel dødsfall i forhold til antall i behandling. Oversikt over regionene og landet**

	2000		2001		2002		2003	
	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%
Helseregion Øst	9/636	1,4	6/861	0,7	18/1106	1,6	19/1313	1,4
Helseregion Sør	3/249	1,2	3/356	0,8	6/440	1,4	7/495	1,4
Helseregion Vest	0/120	0	1/186	0,5	1/285	1,1	5/438	1,1
Helseregion M/N-N	0/69	0	0/100	0	1/153	0,7	0/185	0
<b>Norge</b>	<b>12/1074</b>	<b>1,1</b>	<b>10/1503</b>	<b>0,7</b>	<b>26/1984</b>	<b>1,3</b>	<b>31/2431</b>	<b>1,3</b>

**Figur 20. Antall dødsfall under behandling i hver region og i hele landet**



Rapporteringen sier imidlertid ikke noe om hvor mange som er døde i ventesituasjon eller etter utskrivning. Den sier heller ikke noe om dødsårsak. For å få et reelt bilde av sammenhengen mellom LAR og mortalitetsutviklingen i målgruppen, må vi derfor foreta en nærmere undersøkelse. Det er planlagt en kryssregisterundersøkelse mellom Dødsårsaksregisteret (Statistisk sentralbyrå) og de ulike sentrenes pasientregistre. Pasientregistrene omfatter også de som er henvist og de som er utskrevet, og en vil da kunne få oversikt både over hvor mange som dør når og hva de dør av. Det har dessverre tatt så vidt

mye tid å få nødvendige tillatelser at denne undersøkelsen er utsatt. Resultatene vil først foreligge første halvår 2005.

Vi kan altså bare beregne mortaliteten som antall døde i forhold til antall i behandling. I tabell 36 er beregningsgrunnlaget antall i behandling pr 31.12.03. Vi ser at mortaliteten beregnet på denne måten varier mellom 1,3 og 0,7 dødsfall for hver hundrede pasient i behandling hvert år i hele landet. Vi ser også at mortaliteten er høyere i Helseregion Øst og Sør og lavere i Vest og Midt-/Nord-Norge. Mønsteret går igjen i alle de undersøkte årene og er antakelig uttrykk for en reell forskjell. Av rapporteringer til sentrene vet vi at nesten ingen av dødsfallene er overdosedødsfall. Hoveddelen er dødsfall knyttet til ulike rusrelaterte sykdommer som immunsvikt (HIV), leversykdommer, sepsis og sykdommer forårsaket av sepsis, ulykker, selvmord og drap. I forhold til gjennomsnittsbefolkningen er mortaliteten forhøyet omtrent ti ganger. Vi har naturlig nok ikke tatt med antall i grupper av ubehandlede injeksjonsbrukende heroinavhengige. Antallet angis fra 2 % til 4–5 % årlig, beregnet på grunnlag av mortalitet i etterundersøkelser av pasienter utskrevet fra ulike behandlingsinstitusjoner. I forhold til denne typen beregninger er mortaliteten for LAR pasienter senket mellom 50 % (én gang) til åtte-ni ganger.

Det bør føyes til at beregningsmåten gir en noe for høy mortalitet fordi hele gruppen som dødsfallene skjer i, også omfatter de som er døde og utskrevet i løpet av året. I tabell 34 er utskrevne og døde lagt til i prosentgrunnlaget. Vi ser da at mortaliteten beregnet på denne måten er mellom 0,6 og 1,1 for hver hundrede pasient i behandling og altså en vesentlig lavere. Forskjellene mellom regionene er de samme.

**Tabell 37 Mortalitet regnet ut i forhold samlet antall som var i behandling samme år (antall pasienter i behandling ved årskiftet + utskrevne av alle årsaker)**

	2000		2001		2002		2003	
	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%	Døde/ Behandl.	%
Helseregion Øst	9/727	1,2	6/979	0,6	18/1308	1,4	19/1600	1,2
Helseregion Sør	3/296	1,0	3/473	0,6	6/540	1,1	7/599	1,2
Helseregion Vest	0/143	0	1/216	0,5	1/340	0,3	5/504	1,0
Helseregion M/N-N	0/81	0	0/125	0	1/168	0,6	0/216	0
<b>Norge</b>	<b>12/1247</b>	<b>1,0</b>	<b>10/1754</b>	<b>0,6</b>	<b>26/2356</b>	<b>1,1</b>	<b>31/2919</b>	<b>1,1</b>

Forskjellene mellom regionene kan ha flere årsaker. I Helseregion Midt-/Nord-Norge og delvis i Helseregion Vest kan det være bedre oppfølging og mer konsekvent oppfølging. Det kan også være at behandlingsgruppen i disse regionene er mindre belastet med alvorlige sykdommer, og at det miljøet de lever i er mindre destruktivt. Det kan også være at opptaksprosessen siler ut en del av de som har størst problemer gjennom krav til oppfølging før inntak. Det kan også være at raskere utskrivning gjør at færre dør i og flere etter utskrivning. Fordelingen mellom disse mulige forklaringene blir ren gjetning uten nærmere undersøkelser.

Vi kan imidlertid slå fast at LAR reduserer mortaliteten med minimum 50 % i forhold til målgruppen.





**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 6 av 8  
S.nr. 200300235 - 5

SKR-rapport nr 6/04

# LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING – EN LIVSLANG BEHANDLING?

Hvor lenge er pasientene i behandling?  
Hvorfor slutter de og hva skjer med dem som slutter?

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004

Sverre Moen, Mona Baadstøe Hansen og Helge Waal,  
*Metadonteamet i Buskerud og*  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo*

## INNHOOLD

1	Innledning .....	1
2	Metode .....	1
3	Retensjon i behandlingen .....	3
4	Kontinuerlig behandling eller nye behandlingsperioder .....	5
5	De som blir utskrevet .....	6
6	Utskrivningsårsak .....	7
7	Situasjonen for de utskrevne .....	9
8	Vurderinger .....	11
9	<u>Appendiks</u> .....	13

# 1 Innledning

Stortinget besluttet i 1997 at det skulle bygges ut et nasjonalt tilbud til heroinavhengige med bruk av metadon som stabiliserende virkemiddel. Tilbudet skulle bygges på to forsøksprosjekter, HIV-Met og MiO, begge i Oslo, og utformes etter en rehabiliteringsmodell. Metadonassistert rehabilitering som nå kalles legemiddelassistert rehabilitering sikter mot rusfrihet og sosial- og/eller yrkesmessig rehabilitering med mål definert i rundskriv IK-15/2000, I-35/2000, I-33/2001, I-5/2003.

Utbyggingen begynte i 1998 og i 2003 var det blitt et landsomfattende tilbud som med nesten 3000 i behandling. Stortinget drøftet igjen situasjonen og ønsket en evaluering av modellen og resultatene. Sosial- og Helsedirektoratet har i samsvar startet et evalueringsprosjekt med to evalueringsgrupper. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO, har fått i oppdrag å beskrive omfang og resultater og vurdere modellen nasjonalt og i forhold til regionale forskjeller. Det spørsmål som særlig ønskes belyst er følgende:

Hvor mange har fått tilbud om LAR totalt? Hvor mange er blitt inkludert, hvor mange har blitt ekskludert/selv skrevet seg ut og med hvilke begrunnelser? Hvor mange er blitt reinntatt? Hva har skjedd med dem som er blitt ekskludert/selv skrevet seg ut? Finnes det regionale forskjeller i disse spørsmålene?

Det første problemområdet dreier seg blant annet om forholdet mellom inntak og utskrivninger. Dette tilsvarer spørsmålet om retensjonen i behandlingen. Retensjonen – hvor lenge pasientene blir i behandlingen – er et vanlig evalueringsmål. Dersom pasientene avslutter behandlingen for tidlig, kan den vanskelig få effekt. Dette gjelder enda mer for tilstander oppfattes ofte som kronisk hvor behandlingen skal være langvarig eller livsvarig. Dette gjelder i særlig grad LAR. Høy retensjon i behandlingen er en forutsetning for all behandling, men i forhold til LAR høy retensjon i seg selv en målsetting fordi behandlingen skal nøytralisere dyptsittende avhengighetsreaksjoner. I tillegg kommer målene om rehabilitering og andre ønskete behandlingseffekter.

Denne undersøkelsen tar sikte på å vurdere retensjonen nasjonalt, regionalt og lokalt og drøfte eventuelle forskjeller i forhold til programstruktur og lokal situasjon. Den sikter også mot å belyse spørsmål om hva som skjer med de som blir utskrevet og hvorfor de blir det. Rapporten er en av 5 delrapporter som inngår i hovedrapporten til Sosial- og helsedirektoratet.

## 2 Metode

Retensjon beregnes ofte som antall dager fra behandlingsstart eller som andel i behandling etter en viss periode, ofte 6 mnd eller ett år. Langtidsretensjon, andel i behandlingen over en lengre periode som f. eks fem år, er sjelden omtalt. Det er også vanlig å regne retensjon fra inntak til utskrivning. En pasient som tas inn til ny behandling etter utskrivning vil ikke innregnes. Nøyaktig beregning av retensjon forutsetter et individbasert register med startdato og eventuell avslutningsdato.

LAR besluttes av og ledes fra regional sentre og tiltak, hvert med sitt register. Det arbeides med et nasjonalt register, men dette er i dag ikke utviklet. Det er heller ikke gitt tillatelse til rapportering av individbaserte data fra de enkelte sentre til det nasjonale kompetansesenter. Denne rapporten bygger derfor på aggregerte data. Hvert senter har summen opp sine lister og sendt inn samlerapporter.

Behandlingsstart for pasientene fordeler seg over hele perioden fra hvert senter startet opp, oftest i 1998. Noen pasienter har hatt kort behandlingstid og noen lang. Retensjon kan vanskelig sammenlignes med aggregerte data. I undersøkelsen har vi derfor delt opp inntakene i årskull etter hvilket år pasienten første gang begynte i behandlingen. Dernest har vi valgt ett felles slutt punkt for vurderingen, årsslutt 2003. Retensjonen er derfor beregnet som andel av hvert årskull som var i

behandling pr 31.12.2003. De som startet tidlig i 1999 hadde da hatt sitt tilbud fem år og de siste bare i dager til uker. Dette vil igjen si at den retensjonen som oppgis er et gjennomsnitt fra hvert årskull.

LAR forutsetter etter sin modell at behandlingen skal sikte mot et rehabiliteringsmål og har kriterier for når behandlingen skal eller kan avbrytes. Om den medikamentelle behandlingen av pasienten avbrytes, skal behandlingskontaktene likevel fortsette og pasienten få nye tilbud tilpasset erfaringene og ny problemløsning. Utskrivning er i denne forstand ikke det samme som avbrutt rehabilitering, og reinntak hører med i modellen. Det er et svært komplisert arbeid å belyse dette med retensjon i forhold til inn- og utskrivninger. I denne undersøkelsen har en valgt å regne alle som var i behandling pr 31.12.03 som retendert i behandlingen. For å gi et bilde av reinntakene, er det imidlertid anført om pasienten har vært utskrevet en eller flere ganger slik at en kan skille mellom kontinuerlig behandling og behandling som går i faser.

Den utskrevne gruppen er undersøkt nærmere. Sentrene har vurdert hver enkelt i forhold til om det er søkt reinntak, om hvorfor pasienten ble utskrevet og om pasienten er i annen behandling. I samsvar med oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet, har en også forsøkt å få informasjon om hvorledes de utskrevne pasientene har det. Mindre LAR-sentre har ofte en rimelig god oversikt over de pasientene de har som er utskrevet ut fra regelmessig kontakt med sosialsentrene som er innsøkende innstans. Undersøkelsen tar bare sikte på en grov skisse i forhold til om pasienten ser ut til å klare seg, om det foreligger omfattende rusproblemer, om pasienten er død. Sentrene har i den grad de har hatt kapasitet til det, også tatt kontakt med ansvarlig sosialsenter med spørsmål om nye søknad er aktuell og om pasientens tilstand i forhold til rus. Mange utskrevne pasienter lever imidlertid et kaotisk liv, og det er svært ofte ukjent hvorledes deres situasjon er. Innenfor rammen av denne undersøkelsen, er det ikke mulig å gi mer enn en antydning om deres situasjon.

### 3 Retensjon i behandlingen

Hvert senter har sendt inn oversikt over hvor mange som var i behandling pr 31.12.03 av de som begynte første gang i behandling mellom 1.1 og 31.12 hvert år fra 1999 til og med 2003.

**Tabell 1. Oversikt over retensjonen i LAR nasjonalt og regionalt ved andel i behandling pr 31.12.2003 av alle som startet i LAR første gang hvert år**

Inntak							
Region, fylke, sektor	-1998 *, i %	1999, i %	2000; i %	2001, i %	2002, i %	2003, i %	Alle f. o. m. 1999, i %
<b>Region Midt- og Nord-Norge</b>		<b>96</b>	<b>68</b>	<b>70</b>	<b>79</b>	<b>64</b>	<b>73</b>
Hordaland og SF	89	61	66	75	75	89	75
Rogaland **	57	38	76	82	88	81	80
<b>Region Vest-Norge</b>	<b>80</b>	<b>56</b>	<b>69</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>84</b>	<b>78</b>
Aust-Agder		49	68	71	79	80	68
Vest-Agder	63	64	68	74	60	62	65
Buskerud		37	44	50	63	87	54
Telemark		69	68	68	64	87	72
Vestfold		97	0 ***	55	59	64	53
<b>Region Sør</b>		<b>64</b>	<b>62</b>	<b>65</b>	<b>64</b>	<b>77</b>	<b>72</b>
Akershus-Asker Bærum	50	65	82	83	65	90	75
Akershus – Øvre Romer		55	50	86	100	100	75
Akershus – Nedre Romer		100	55	85	93	100	88
Akershus - Follo		64	100	75	80	100	85
Oppland		100	73	87	95	92	88
Hedmark		81	89	88	87	87	87
Østfold	67	72	68	78	85	88	79
Oslo		66	62	83	68	91	79
<b>Region Øst</b>		<b>71</b>	<b>73</b>	<b>84</b>	<b>76</b>	<b>92</b>	<b>81</b>
<b>Norge</b>		<b>68</b>	<b>69</b>	<b>76</b>	<b>74</b>	<b>84</b>	<b>77</b>

\*Pasienter startet før 1999 er ikke med i sluttsummen.

\*\*Antallet i Rogaland er 5 pasienter høyere en summen 1999-2003. Se teksten for forklaring

\*\*\* Inntak i Vestfold i 2000 er -8, og dette skyldes en registreringsfeil. Av den grunn blir antallet ikke regnet med. Sluttsummen er korrekt.

Tabell 1 viser en oversikt. Tabell 26 viser en oversikt. Retensjonen er andel i behandling 31.12.2003 av de som begynte i behandling hvert år. Prosentgrunnlaget er altså alle som begynte i behandling det aktuelle året. Noen av sentrene slik som særlig det i Oslo, hadde pasienter helt fra tidlig på 1990-tallet i forprosjekter. Andre sentre fikk sine første pasienter i 1999. Vi har derfor valgt å vise oversikt over retensjon før 1999 samlet uten å ta dette med i den summerte retensjonen.

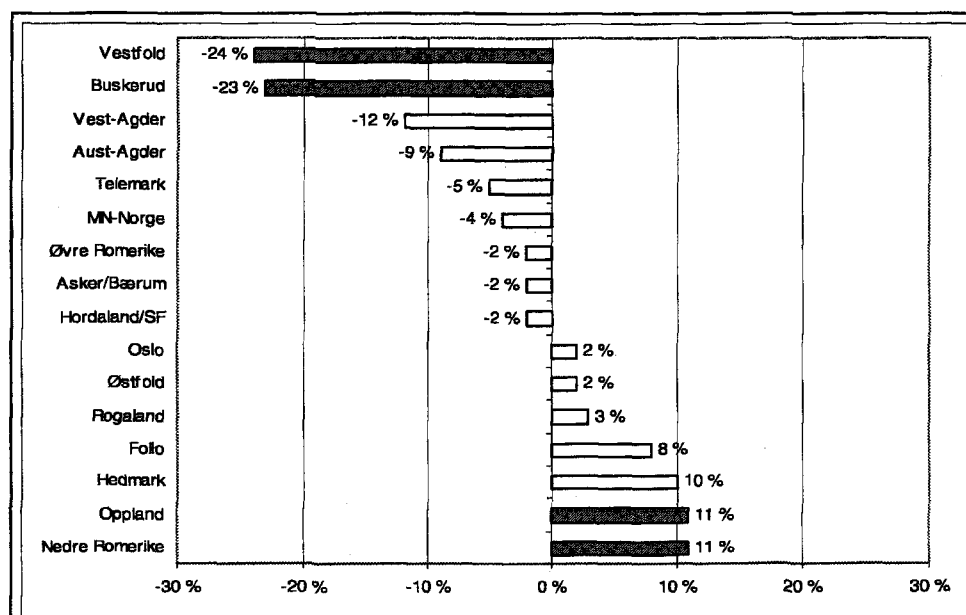
Tabellen viser at alle sentre i Norge har en høy retensjon om en sammenlikner med internasjonale etterundersøkelser. Det vanlige er å undersøke retensjonen etter 3, 6 eller 12 måneder. Statens

beredning för medicinsk utvärdering i Sverige har gjennomført en stor litteraturgjennomgang over behandlingsforskningen på rusmiddelområdet (). Ett av effektmålene er retensjon i behandlingen. Rapporten redegjør ikke for hvilket tidsrom de enkelte undersøkelsene beregner retensjonen i forhold til, antakeligvis fordi de ulike prosjektene har brukt ulike tidslengde. Et gjennomsnitt på 6 måneder bedømmes til å være et rimelig anslag. Seks måneders retensjon svarer til retensjonen ved årsskiftet under forutsetning av jevnt inntak hele året. I denne undersøkelsen kan dette sammenliknes med retensjonen for årskullet 2003. I følge den svenske utredningen har forsøksprosjektene en retensjon på 50 % for doseringer under 50 mg metadon/dag og 61 % for doseringer 80-100 mg.

Vi ser altså at retensjonen i hele landet var på 77 %, med en variasjon fra 62 – 100 %. Faktisk ser vi at retensjonen over hele tidsperioden på nesten 5 år er 75 %, og altså betydelig høyere enn de en finner de fleste forsøksprosjekter. Region øst har høyest retensjon på 81 %, med en fylkesvariasjon på 75-88 % (se tabell 1). Fylker med høyt retensjonsandel ligger også i Region øst, med Oppland og Nedre Romerike 88 %, Hedmark 87 %, Follo 85 %, Oslo 81 %. Region vest i 2003 har retensjon 78 %, og en variasjon 75-80 %. Region Sør og Midt- og Nord-Norge ligger litt lavere med hhv 72 % og 73 %.

Vi ser imidlertid også at det er betydelig regionale forskjeller og enda større forskjeller mellom de enkelte tiltak og sentre slik det er tydeliggjort i figur 1. Det er beregnet prosent poeng avvik for andel i hvert fylke, og forskjellen fra totalandel i Norge er vist i figuren. Det er brukt chi-kvadrat og statistisk beregnet på 0,05 nivået. Dette viser at det er en signifikant forskjell i fylkene Vestfold og Buskerud som ligger lavere, og Oppland og Nedre Romerike som ligger høyere enn landsandel (figur 1).

**Figur 1. Retensjon i fylkene vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge**



Endelig ser vi at det er et reelt frafall. Etter 5 år vil 3-4 av 10 være ute av behandlingen. LAR er derfor ikke en livslang behandling for alle. Det er et viktig spørsmål å undersøke hvordan det står til med de andre. Denne undersøkelsen kan bare gi en pekepinn.

## 4 Kontinuerlig behandling eller nye behandlingsperioder

Retensjon i behandlingen regnes vanligvis fra først inntak til første utskrivning. I LAR er det en klar målsetting at man skal behandle pasientene i et rehabiliteringsperspektiv slik at de kan utskrives om utviklingen er lite tilfresstillende uten at kontakten brytes. Meningen er at behandlere og pasient skal vurdere behandlingen sammen, gjøre de endringer som dette peker mot og deretter fortsette. Enkelte av pasientene i behandling på måletidspunktet kan derfor tidligere ha vært utskrevet. Pasienten kan også ha flyttet til behandling annet sted. Tabell 2 gir en oversikt over hvor mange som har vært sammenhengende i behandling og hvor mange som har vært utskrevet en eller flere ganger. Tallene gjelder hele perioden.

**Tabell 2. Oversikt over kontinuitet i behandlingen definert som i behandling pr 31.12.03. Omfatter pasienter med behandlingstart fra og med 1999. Prosentangivelse i parentes.**

Region, fylke, sektor		Aldri utskrevet	Gjeninntatt minst en gang
		%	%
<b>Region Midt- og Nord-Norge</b>	<b>N= 175</b>	<b>93</b>	<b>7</b>
Hordaland og SF	N= 274	72	12
Rogaland	N= 185	94	6
<b>Region Vest-Norge</b>	<b>N= 416</b>	<b>89</b>	<b>11</b>
Aust-Agder	N= 70	94	6
Vest-Agder	N= 145	78	22
Buskerud	N= 76	92	8
Telemark	N= 126	94	6
Vestfold	N= 70	97	3
<b>Region Sør</b>	<b>N= 487</b>	<b>90</b>	<b>10</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 123	94	6
Akershus – Øvre Romerike	N= 30	93	7
Akershus – Nedre Romerike	N= 64	95	5
Akershus – Follo	N= 40	90	10
Oppland	N= 99	96	4
Hedmark	N= 109	94	6
Østfold	N= 125	95	5
Oslo	N= 459	94	6
<b>Region Øst</b>	<b>N= 1049</b>	<b>94</b>	<b>6</b>
<b>Norge</b>	<b>N= 2127</b>	<b>92</b>	<b>8</b>

Det vi kan lese av denne tabellen er at LAR i første rekke er en kontinuerlig behandling. På tross av en ideologi om stadige gjeninntak etter revisjon av tiltaksplan og nye forsøk for de som blir utskrevet (LAR i Norge tre-årsrapport, Veiledere), er det få som blir i behandlingen etter gjeninntak. Dette gjelder hele landet med unntak av Vest-Agder som skiller seg ut med høy andel som tas inn på nytt og blir i behandlingen. Dette betyr ikke at man raskt blir utskrevet slik det går frem av SKR 2/2004.

Tiltakene arbeider lenge med pasienter som ikke har en tilfresstillende utvikling og gjør mange ulike justeringer. Men det kan av denne undersøkelsen se ut som om få vellykket kommer inn igjen om de først blir utskrevet. Til gjengjeld er behandlingen i høy grad kontinuerlig uten avbrekk. Dette er en klart positiv faktor i forhold til en gruppe med langvarige problemer og langsiktige tiltaksbehov.

## 5 De som blir utskrevet

Når en pasient blir utskrevet fra LAR blir medikamentdoseringen gradvis redusert til ingenting. LAR-senterets direkte ansvar avsluttes ved siste dosering som regnes som behandlingsavslutning. I prinsippet er videre oppfølging et ansvar for sosialsenter og fastlege.

Ideologien er likevel at det skal være et kontinuerlig samarbeid for ny oppstart dersom dette er meningsfullt. Pasienten må selv vurdere hva han eller hun vil, og sosialsenteret har primært ansvar for å vurdere hvilket tiltak som er riktig. Fastlegen har ansvar for nødvendig medisinsk oppfølging.

**Tabell 3. Oversikt over arbeid med og planer for pasienter utskrevet pr 31.12.03. Pasienter som er flyttet eller døde er ikke medregnet.**

		Søkt tilbake til LAR	Ikke søkt tilbake i LAR	Er i annen behandling	Ukjent/fikke i behandling*
		%	%	%	%
<b>Region Midt- og Nord</b>	<b>N= 60</b>	<b>37</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Hordaland og SF	N= 69	43	57	4	96
Rogaland *	N= 18	11	89	6	94
<b>Region Vest*</b>	<b>N= 87</b>	<b>37</b>	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>95</b>
Aust-Agder	N= 20	20	80	15	85
Vest-Agder	N= 55	22	78	33	67
Buskerud	N= 57	18	82	18	82
Telemark	N= 38	42	58	8	92
Vestfold	N= 41	7	93	7	93
<b>Region Sør</b>	<b>N= 211</b>	<b>21</b>	<b>79</b>	<b>18</b>	<b>82</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 24	38	63	4	96
Akershus – Øvre Romerike	N= 9	22	78	33	67
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	56	44	11	89
Akershus – Follo	N= 7	14	86	43	57
Oppland	N= 9	44	56	0	100
Hedmark	N= 15	47	53	13	87
Østfold	N= 25	8	92	0	100
Oslo	N= 80	40	60	0	100
<b>Region Øst</b>	<b>N= 178</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>94</b>
<b>Norge</b>	<b>N= 536</b>	<b>30</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>90</b>



Ideelt sett skal erfaringene i behandlingen summeres opp og inngå i beslutningsgrunnlaget for neste tiltak om pasienten har behandlingssønske. Sosialsenteret og fastlege inngår etter modellen i en ansvarsgruppe som kan fortsette sitt arbeid etter ny vurdering i samarbeid med pasienten. Dette kan føre til ny søknad om LAR. Hensikten med slik ny start og hvilke endringer som vil bedre utsiktene i behandlingen skal vurderes før avslutning og inngå i utskrivningsnotat. Her kan man anbefale betingelser som institusjonsinnleggelse, psykiatrisk behandling, endrete tiltak og opplegg i LAR, endrete sosiale vilkår eller kontakt med psykolog som forutsetning.

Undersøkelsen har innenfor aktuell tidsramme måttet begrenses til enkle spørsmål som kan besvares av LAR-sentrene, evt i kontakt med sosialsentrene. Tiltakene er derfor bedt om opplysninger om hvor mange av de utskrevne pasientene som hadde søkt seg tilbake på rapporteringstidspunktet. De ble også bedt om å redegjøre for hvor mange som var i annen behandling. Tabell 3 viser en oversikt. Spørsmålet er bare aktuelt for de pasientene som ikke er døde og ikke er flyttet til annet LAR-tiltak, det er derfor disse som inngår. Antallet er derfor lavere enn antallet utskrevne.

Tabellen viser først og fremst at sentrene har nokså liten kontakt med utskrevne pasienter. Det er ikke noen høy andel som er søkt tilbake. På landsbasis har 29 % søkt seg tilbake i behandling, nokså, nokså jevnt fordelt i regionene. Lavest andel finner vi i Helseregion Sør. Rapporteringen preges imidlertid dels av de andre regionene ofte har innregnet pasienter som har søkt seg tilbake på et seinere tidspunkt, og dels av at LAR Buskerud og LAR Telemark har hatt inntaksstopp og prioritert nyinntak. Samlet her er inntrykket at omtrent en tredel søker seg tilbake til behandlingen og derved er en prosess med flere inntak til en vekstprosess mot bedret rehabilitering kunne oppnås for en slik andel.

Vi ser også at få er i behandling i annet tiltak. Det er riktignok svært høy andel hvor senteret ikke kjenner til om annen behandling er iverksatt. Dette er i og for seg naturlig siden det vil være sosialsenteret eller fastlege som skal være søkerinstans, og opplysninger om dette vil ikke naturlig sendes til LAR-senteret. Dette er dessuten ikke så urimelig at få er i annen behandling siden målgruppen i stor grad preges av at andre behandlingforsøk har vært mislykket.

Likevel er det viktig å se nærmere på dette området. Dersom LAR er en slags siste instans, vil utskrivning kunne føre til oppgivelse. Dels understrekes behov for en modell for oppfølging, eventuelt med medikamentstøtte med lavere ambisjonsnivå og dels understrekes behovet for omsorgspregete tiltak.

## 6 Utskrivningsårsak

Retningslinjene for LAR fastsetter visse kriterier for å avbryte behandlingen. De såkalt absolutte kriterier fastsetter at pasienter som anvender vold eller alvorlige trusler overfor behandlerne eller omsetter vedlikeholdsmedikamentet, skal utskrives (Rundskriv, retningslinjer). Det er her fra 2002 innført en bestemmelse om forholdsmessighet (rundskriv). Dernest kan pasienten utskrives fordi behandlingen er uten tilstrekkelig effekt. Dette bedømmes etter grad av rusmiddelbruk, samarbeid om rehabiliteringen og om arbeidsformene i behandlingen. Også her er det en bestemmelse om forholdsmessighet. Utskrivningen skal være klinisk begrunnet og aldri ha disiplinær målsetting. Endelig kan pasienten blir utskrevet fordi de selv ønsker det. Denne siste formen kan være fordi pasienten ikke lenger ønsker behandlingen, ikke vil finne seg i restriksjoner eller ønsker annen behandling. Noen kan også ønske seg avvenning med målsetting om frihet fra opioid avhengighet, med eller uten annet behandlingstilbud.

**Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet. Prosentangivelse.**

Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet. Prosentangivelse i parentes		Flyttet	Selvvalgt	Utilstr effekt	Død i behandling
		%	%	%	%
<b>Region Midt- og Nord</b>	<b>N= 64</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>69</b>	<b>5</b>
Hordaland og SF	N= 79	3	4	87	6
Rogaland*	N= 20	0	10	85	5
<b>Region Vest*</b>	<b>N= 99</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>87</b>	<b>6</b>
Aust-Agder	N= 33	9	36	36	18
Vest-Agder	N= 77	12	29	52	8
Buskerud	N= 64	5	3	91	2
Telemark	N= 48	4	8	77	10
Vestfold	N= 43	2	5	93	0
<b>Region Sør</b>	<b>N= 265</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>71</b>	<b>7</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 42	19	29	36	17
Akershus – Øvre Romerike	N= 10	0	30	70	0
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	11	22	44	22
Akershus – Follo	N= 7	0	29	57	14
Oppland	N= 13	15	0	69	15
Hedmark	N= 17	0	6	82	12
Østfold	N= 34	3	56	24	18
Oslo	N= 121	8	21	31	40
<b>Region Øst</b>	<b>N= 253</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>27</b>
<b>Hele landet**</b>	<b>N= 681</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>61</b>	<b>14</b>

Tabell 4 viser en oversikt over hvorfor pasientene er utskrevet. Utskrivningsbeslutning er her delt i selvvalgt og utskrivning etter vedtak. Flyttinger og dødsfall i behandlingen er tydeliggjort. Vi ser at 6 % er flyttet til et annet LAR-tiltak slik at behandlingen i virkeligheten fortsetter. Antallet er ikke stort og endrer ikke totalbildet. Det reduserer likevel andelen som ikke fortsetter i behandling noe. Vi ser at 14 % av utskrivningene skyldes dødsfall. Dette tilsvarer 4 % av alle som var i behandling ved årsskiftet og 3 % av alle som har vært i behandling over fem-årsperioden.

Når det gjelder andre årsaker skilles det mellom de som er besluttet av pasienten selv og der hvor behandlerne har bedømt effekten til å være for dårlig. "Utilstrekkelig" eller "dårlig" effekt omfatter her både behandlingssvanser knyttet til vold og trusler og vedvarende bruk av rusmidler med liten bedring i sosial mestring og rehabiliteringsgrad. Men også todelingen i selvbesluttet og besluttet av

tiltaket er et vanskelig skille slik det fremgår av kommentarer til undersøkelsen fra lederen av Metadonklinikken i Bergensklinikkene, senteret for Hordaland og Sogn og Fjordane:

*Selvvalgt er en vanskelig kategori. Noen slutter etter eget ønske uten at vi nødvendigvis synes det er så lurt. Noen vil ha benzodiazepin og unngå all "styring", andre vil prøve å klare seg selv mens andre igjen synes at tiltaket ikke svarer til forventningene.*

Frivillighet og egenbeslutning er relative fenomener. Noen få ønsker avslutning fordi de føler seg "ferdig behandlet" og ønsker avvenning, men dette er ikke mange. I tillegg til motivene drøftet av Haga, anføres enkelte sentre at pasienter ikke så sjelden skriver seg ut selv for å unngå å bli skrevet ut etter beslutning av behandlingstiltaket. Det er få som har vært så lenge inne i behandling slik at de kan forsøke medikamentfrihet.

Samlet ser det dessuten ut til at sentrene oppgir så store forskjeller fordeling av de to utskrivningskategoriene at det er vanskelig å forstå dette som annet enn som uttrykk for ulik bruk av kategoriene. For rapportformålet bør derfor kategoriene "Selvbesluttet" og "Utilstrekkelig effekt" slås sammen.

Informasjonsverdien blir da nokså liten. Om vi skiller mellom flyttet og/eller død på den ene siden, og behandlingsvansker på den annen, ser vi at behandlingsvanskene dominerer helt. Nærmere undersøkelser med mer spesifiserte kategorier og anledning til å velge flere typer årsaker er nødvendig.

## 7 Situasjonen for de utskrevne

Heroinavhengighet er en alvorlig tilstand med høy mortalitet og betydelige konsekvenser for evnen til selvomsorg og sosial funksjon. Utskrivning kan derfor føre til dødsfall og lav livskvalitet. Det kan tenkes at en del av de som skrives ut, har lært så vidt mye gjennom rehabiliteringsperioden at de mestrer en ordnet tilværelse. Noen kan også ta sikte på full avvenning og tilværelse uten bruk av opioider. Dette vet vi i dag lite om. Det er derfor viktig å undersøke situasjonen til de som er utskrevet.

Tiden for undersøkelsen har vært kort. Oppgavene bygger på den kjennskap hvert enkelt sted har til utskrevne pasienter. Enkelte av tiltakene, her merket med \*, har gjennomført en enkel spørreundersøkelse av situasjonen til utskrevne pasienter ved kontakt til sossialsenteret. De valgte kategoriene er brede slik at en kan gi en grov skisse av situasjonen. For kategorien "god" skal pasienten så vidt bedømmer kjenner til være tilfredsstillende rehabilitert uten eller med ubetydelig misbruk. Kategorien "klarar seg" skal brukes for pasienter som har tydelige problemer som kan omfatte misbruk og misbruksperioder men slik at pasienten i hovedsak har orden på sin tilværelse. Kategorien "omfattende misbruksliv" dekker alle tilstander hvor misbruk dominerer livsførselen og/eller livssituasjonen er kaotisk og/eller vanskelig med omfattende hjelpebehov.

Tabell 5 viser en oversikt. Vi ser at andelen ukjent gjennomgående er høy. Det at situasjonen er ukjent, viser at det er liten kontakt, eventuelt også med sossialsenteret (flytting, trygding, skifte av kontor). Dette peker gjennomgående mot betydelig ruspreget liv og skiftende situasjoner. Det vil være noen dødsfall i denne kategorien. Det kan også være noen som klarer seg godt og ikke ønsker kontakt med hjelpeapparatet. Et inntrykk får vi ved å se spesielt på de tiltakene som har vurdert den enkeltes situasjon sammen med sossialsenteret (merket \*).

Det er også viktig å være klar over at inndelingen i kategorier er grov og uten vurdering av reliabilitet. Særlig er skillet mellom "Uklar situasjon" som skal brukes når "klarar seg men har betydelige rusproblemer (misbruk/andre vansker)" og "Dårlig" som betyr "Er i omfattende misbruk/rusliv" skjønnspreget. Gjennomgang av materialet har sannsynliggjort at kategoriene ikke brukes likt og ikke helt konsekvent. Tolkningen bør begrenses til en antydning om hvilken andel som er i et kritisk preget rusliv og hvilken andel som klarer seg noenlunde i hverdagen.

**Tabell 5. Situasjon for utskrevne pasienter 31.12.03, vist ved prosentangivelse**

Region , fylke, sektor		Flyttet, %	God, %	Usikker, %	Dårlig, %	Død i/etter, %	Ukjent; %
<b>Midt- og Nord</b>	<b>N=64</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>53</b>
Hordaland og SF	N=79	3	0	13	44	10	30
Rogaland	N=20	0	0	0	25	10	65
<b>Vest</b>	<b>N=99</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>37</b>
Aust-Agder*	N=33	9	9	15	27	30	18
Vest-Agder	N=77	12	6	12	3	17	51
Buskerud*	N=64	4	9	20	46	6	14
Telemark*	N=48	4	13	27	42	17	6
Vestfold	N=43	0	2	63	5	7	23
<b>Sør</b>	<b>N=276</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>23</b>
Asker og Bærum*	N=42	19	10	24	7	24	17
Øvre Romerike*	N=10	0	10	40	10	10	30
Nedre Romerike	N=9	1	0	1	2	3	2
Follo	N=7	0	0	43	0	14	43
Oppland*	N=13	15	0	31	38	15	0
Hedmark*	N=17	0	0	12	76	12	0
Østfold*	N=34	2	15	18	15	24	26
Oslo	N=121	3	0	9	19	31	47
<b>Øst</b>	<b>N=253</b>	<b>63</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>32</b>
<b>Norge</b>	<b>N=692</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>31</b>

Med disse forbeholdene ser vi at bildet er nyansert. I hele landet er 35. flyttet til annet LAR-tiltak og kan antas å ha en akseptabel situasjon. Det er et mindretall på 34 som vurderes til å ha en god situasjon. Noen av disse er helt uten rusmiddelbruk slik det fremgår av denne beskrivelsen:

*Pasienten ble skrevet ut etter en lengre misbruksperiode og var i grunnen selv enig i at behandlingen ikke førte frem til noe. Vi har siden ikke hatt kontakt med ham, men sosialkontoret opplyser at han flyttet til et evangeliesenter hvor han traff en søt pike. Han flyttet til hennes hjemsted og har fast forhold og lever visstnok rusfritt.*

Det er også noen som har mindre betydningsfullt bruk slik at dette ikke forhindrer at de ser ut til å leve i ordnete forhold og er sosialt og eventuelt yrkesmessig rehabilitert. Samlet er det imidlertid ikke mange. Høyeste oppgitte andel er 15 % og flere oppgir at det ikke er noen i deres område. I andre etterundersøkelser finner man oftest en viss del. Den mest grundige vurderingen har vi i en svensk doktorgrad som vurderer at ca 20 % selv vil ønske å avslutte med en ordnet nedtrapping mot frihet fra

morfinstoffer. Halvparten av disse vil makte å gjennomføre dette og halvparten av disse igjen – altså 5 % av alle, vil makte et varig opioid-fritt liv. Denne undersøkelsen peker i samme retning.

Vi ser også at det slett ikke er alle som utvikler et kritisk, livstruende rusliv etter en utskrivning. I den ene enden er det ett senter som beskriver alle med kategorien "Omfattende rusliv – dårlig" og i den andre ett som har 40 % vurdert slik at de klarer livene sine selv om de ruser seg. Andelen med et kritisk rusliv og den med en mer kontrollert form for rusmiddelbruk vurderes ulikt, og et anslag kan være at det er omtrent like mange i hver kategori. Den første vil ha betydelig sjans for overdosedødelighet mens sjansen er betydelig mindre i den andre.

Tabellen viser også samlet dødelighet. I tillegg til de 89 som døde under behandling, kjenner tiltakene til at 30 er død etter utskrivning. Mortaliteten bland de som er utskrevet er altså 5 %. Mørketallene kan imidlertid være betydelig. Det er planlagt en særlig undersøkelse som kryssregister undersøkelse i forhold til sentrenes registre og SSB dødsårsaksregister. Denne blir imidlertid først ferdig i 2005.

## 8 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det er et reelt frafall i behandlingen. Grovt sett kan en si at 3-4 av 10 før eller siden slutter i behandlingen eller blir utskrevet mot sin vilje. LAR er derfor ikke en livslang behandling for alle.

Undersøkelsen viser imidlertid at alle sentre i Norge har en høy retensjon om en sammenlikner med internasjonale etterundersøkelser. Det vanlige er å undersøke retensjonen etter 3, 6 eller 12 måneder. Statens beredning for medicinsk utvärdering i Sverige har gjennomført en stor litteraturgjennomgang over behandlingsforskningen på rusmiddelområdet (). Ett av effektmålene er retensjon i behandlingen. Rapporten redegjør ikke for hvilket tidsrom de enkelte undersøkelsene beregner retensjonen i forhold til, antakeligvis fordi de ulike prosjektene har brukt ulike tidslengde. Et gjennomsnitt på 6 måneder bedømmes til å være et rimelig anslag.

Seks måneders retensjon svarer til retensjonen av de som var tatt inn i behandling første gang siste år under forutsetning av jevnt inntak hele året. I denne undersøkelsen kan dette sammenliknes med retensjonen for årskullet 2003. I følge den svenske utredningen er retensjonen typisk sett på 50 % for doseringer under 50 mg metadon/dag og 61 % for doseringer 80-100 mg. Det er derfor grunn til å mene at behandlingen i Norge fører til høy retensjon, mange blir i behandlingen. Det er imidlertid også tydelig at retensjonen varierer mellom regionene og fylkene. Ett tydelig inntrykk er at områder med restriktiv praksis har lavere retensjon.

Av de utskrevne pasienter har få kommet inn igjen og blitt i behandling. Dette kan skyldes nedsatt kapasitet ved tiltakene, og det at inntak av nye pasienter er prioritert. Dette kan også ha en avskrekkende effekt på pasienter som har blitt utskrevet, og føre til at de ikke søker reinntak da de ikke forventer dette å føre frem, eller at det vil ta veldig lang tid. Likevel viser en pilot beregning utført ved Metadonteamet i Buskerud at retensjon for pasienter ved andregangs inntak er likedan som retensjon for pasienter som har blitt reinntatt. Det understrekes at beregningen omfatter få pasienter. Dette er klart et spørsmål som bør utredes videre.

Det er selvsagt et viktig å undersøke hvordan det står til med de som ikke lenger er med i undersøkelsen. Det kan tenkes at en del av de som skrives ut, har lært så vidt mye gjennom rehabiliteringsperioden at de mestrer en ordnet tilværelse. Noen kan også ta sikte på full avvenning og

tilværelse uten bruk av opioider. I andre etterundersøkelser finner man oftest en viss del. Den mest grundige vurderingen har vi i en svensk doktorgrad som vurderer at ca 20 % selv vil ønske å avslutte med en ordnet nedtrapping mot frihet fra morfinstoffer. Halvparten av disse vil make å gjennomføre dette og halvparten av disse igjen – altså 5 % av alle, vil make et varig opioid-fritt liv. Denne undersøkelsen peker i samme retning.

Heroinavhengighet er imidlertid en alvorlig tilstand med høy mortalitet og betydelige konsekvenser for evnen til selvomsorg og sosial funksjon. Utskrivning kan derfor føre til dødsfall og lav livskvalitet. Vi ser at rundt 15 % av utskrivningene er forårsaket av dødsfall i behandlingen. Dette tilsvarer en årlig mortalitet i behandling på mellom 1 og 2 %. Dette er et vanlig funn i vedlikeholdsbehandling når denne sikter mot grupper med stor sykkelighet og skyldes vanligvis ulike sykdommer og ulykker. Undersøkelsen kan ikke gi nærmere svar på dødsårsakene.

Spesielt må en være oppmerksom på andelen dødsfall blant de som skrives ut. Her peker undersøkelsen mot forhøyet mortalitet på omtrent 10 % i løpet av undersøkelsesperioden. Mørketall kan imidlertid gjøre at den reelle mortaliteten er høyere.

## 9 Appendiks

**Tabell 1. Oversikt over retensjonen i LAR nasjonalt og regionalt ved andel i behandling pr 31.12.2003 av alle som startet i LAR første gang hvert år.**

Inntak							
	-1998 *	1999	2000	2001	2002	2003	Alle f. o. m. 1999
<b>Region Midt- og Nord-Norge</b>		<b>26/27</b> 96 %	<b>13/19</b> 68 %	<b>33/47</b> 70 %	<b>46/58</b> 79 %	<b>57/88</b> 64 %	<b>175/239</b> 73 %
Hordaland og SF	16/18 89 %	25/41 61 %	35/53 66 %	41/55 75 %	60/80 75 %	70/79 89 %	231/308 75 %
Rogaland **	04.jul 57 %	mai.13 38 %	16/21 76 %	27/33 82 %	49/56 88 %	83/103 81 %	185*/231 80 %
<b>Region Vest-Norge</b>	<b>20/25</b> 80 %	<b>30/54</b> 56 %	<b>51/74</b> 69 %	<b>68/88</b> 77 %	<b>109/136</b> 80 %	<b>153/182</b> 84 %	<b>416*/535</b> 78 %
Aust-Agder		nov.23 49 %	17/25 68 %	15/21 71 %	15/19 79 %	des.15 80 %	70/103 68 %
Vest-Agder	05.aug 63 %	30/50 64 %	25/37 68 %	43/58 74 %	29/48 60 %	18/29 62 %	145/222 65 %
Buskerud		nov.30 37 %	des.27 44 %	18/36 50 %	15/24 63 %	20/23 87 %	76/140 54 %
Telemark		22/32 69 %	13/19 68 %	26/38 68 %	25/39 64 %	40/46 87 %	126/174 72 %
Vestfold		35/36 97 %	(-8/4)*** 0 %	des.22 55 %	17/29 59 %	14/22 64 %	70/133 53 %
<b>Region Sør</b>		<b>109/171</b> 64 %	<b>67/108</b> 62 %	<b>114/175</b> 65 %	<b>101/159</b> 64 %	<b>104/135</b> 77 %	<b>487/672</b> 72 %
Akershus-Asker Bærum	02.apr 50 %	41/63 65 %	28/34 82 %	20/24 83 %	15/23 65 %	19/21 90 %	123/165 75 %
Akershus - Øvre Romer		06.nov 55 %	04.aug 50 %	06.jul 86 %	05.mai 100 %	09.sep 100 %	30/40 75 %
Akershus - Nedre Romer		14/14 100 %	06.nov 55 %	17/20 85 %	14/15 93 %	13/13 100 %	64/73 88 %
Akershus - Follo		07.nov 64 %	09.sep 100 %	06.aug 75 %	04.mai 80 %	14/14 100 %	40/47 85 %
Oppland		15/15 100 %	16/22 73 %	26/30 87 %	18/19 95 %	24/26 92 %	99/112 88 %
Hedmark		17/21 81 %	24/27 89 %	28/32 88 %	20/23 87 %	20/23 87 %	109/126 87 %
Østfold	02.mar 67 %	21/29 72 %	25/37 68 %	14/18 78 %	23/27 85 %	42/48 88 %	125/159 79 %
Oslo		81/123 66 %	49/74 62 %	106/127 83 %	85/126 68 %	138/151 91 %	459/581 79 %
<b>Region Øst</b>		<b>202/286</b> 71 %	<b>161/222</b> 73 %	<b>223/266</b> 84 %	<b>184/243</b> 76 %	<b>280/305</b> 92 %	<b>1050/1303</b> 81 %
<b>Norge</b>		<b>367/538</b> 68 %	<b>292/423</b> 69 %	<b>438/576</b> 76 %	<b>440/596</b> 74 %	<b>594/710</b> 84 %	<b>2128/2749</b> 77 %

\*Pasienter startet før 1999 er ikke med i sluttsummen

\*Antallet i Rogaland er 5 pasienter høyere en summen 1999-2003

\*\* Inntak i Vestfold i 2000 er -8, og skyldes en registreringsfeil. Summen 70/113 er korrekt

**Tabell 2. Oversikt over kontinuitet i behandlingen definert som i behandling pr 31.12.03. Omfatter pasienter med behandlingstart fra og med 1999.**

		Aldri utskrevet		Gjeninntatt minst en gang	
		N	%	N	%
<b>Region Midt- og Nord-Norge</b>	<b>N= 175</b>	<b>163</b>	<b>93</b>	<b>12</b>	<b>7</b>
Hordaland og SF	N= 274	197	72	34	12
Rogaland	N= 185	173	94	12	6
<b>Region Vest-Norge</b>	<b>N= 416</b>	<b>370</b>	<b>89</b>	<b>46</b>	<b>11</b>
Aust-Agder	N= 70	66	94	4	6
Vest-Agder	N= 145	113	78	32	22
Buskerud	N= 76	70	92	6	8
Telemark	N= 126	119	94	7	6
Vestfold	N= 70	68	97	2	3
<b>Region Sør</b>	<b>N= 487</b>	<b>436</b>	<b>90</b>	<b>51</b>	<b>10</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 123	116	94	7	6
Akerhus – Øvre Romerike	N= 30	28	93	2	7
Akershus – Nedre Romerike	N= 64	61	95	3	5
Akershus – Follo	N= 40	36	90	4	10
Oppland	N= 99	95	96	4	4
Hedmark	N= 109	103	94	6	6
Østfold	N= 125	119	95	6	5
Oslo	N= 459	430	94	29	6
<b>Region Øst</b>	<b>N= 1049</b>	<b>988</b>	<b>94</b>	<b>61</b>	<b>6</b>
<b>Norge</b>	<b>N= 2127</b>	<b>1957</b>	<b>92</b>	<b>170</b>	<b>8</b>



**Tabell 3. Oversikt over arbeid med og planer for pasienter utskrevet pr 31.12.03. Pasienter som er flyttet eller døde er ikke medregnet.**

		Søkt tilbake til LAR		Ikke søkt tilbake i LAR		Er i annen behandling		Ukjent/ikke i behandling*	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Region Midt- og Nord</b>	<b>N= 60</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
Hordaland og SF	N= 69	30	43	39	57	3	4	66	96
Rogaland *	N= 18	2	11	16	89	1	6	17	94
<b>Region Vest*</b>	<b>N= 87</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>55</b>	<b>63</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>83</b>	<b>95</b>
Aust-Agder	N= 20	4	20	16	80	3	15	17	85
Vest-Agder	N= 55	12	22	43	78	18	33	37	67
Buskerud	N= 57	10	18	47	82	10	18	47	82
Telemark	N= 38	16	42	22	58	3	8	35	92
Vestfold	N= 41	3	7	38	93	3	7	38	93
<b>Region Sør</b>	<b>N= 211</b>	<b>45</b>	<b>21</b>	<b>166</b>	<b>79</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>174</b>	<b>82</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 24	9	38	15	63	1	4	23	96
Akershus – Øvre Romerike	N= 9	2	22	7	78	3	33	6	67
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	5	56	4	44	1	11	8	89
Akershus – Follo	N= 7	1	14	6	86	3	43	4	57
Oppland	N= 9	4	44	5	56	0	0	9	100
Hedmark	N= 15	7	47	8	53	2	13	13	87
Østfold	N= 25	2	8	23	92	0	0	25	100
Oslo	N= 80	32	40	48	60	0	0	80	100
<b>Region Øst</b>	<b>N= 178</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>116</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>168</b>	<b>94</b>
<b>Norge</b>	<b>N= 536</b>	<b>161</b>	<b>30</b>	<b>375</b>	<b>70</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>485</b>	<b>90</b>

**Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet.**

		Flyttet		Selvvalgt		Utilstr effekt		Død i behandlin g	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Region Midt- og Nord</b>	<b>N= 64</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>44</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Hordaland og SF	N= 79	2	3	3	4	69	87	5	6
Rogaland*	N= 20	0	0	2	10	17	85	1	5
<b>Region Vest*</b>	<b>N= 99</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Aust-Agder	N= 33	3	9	12	36	12	36	6	18
Vest-Agder	N= 77	9	12	22	29	40	52	6	8
Buskerud	N= 64	3	5	2	3	58	91	1	2
Telemark	N= 48	2	4	4	8	37	77	5	10
Vestfold	N= 43	1	2	2	5	40	93	0	0
<b>Region Sør</b>	<b>N= 265</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>187</b>	<b>71</b>	<b>18</b>	<b>7</b>
Akershus – Asker og Bærum	N= 42	8	19	12	29	15	36	7	17
Akerhus – Øvre Romerike	N= 10	0	0	3	30	7	70	0	0
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	1	11	2	22	4	44	2	22
Akershus – Follo	N= 7	0	0	2	29	4	57	1	14
Oppland	N= 13	2	15	0	0	9	69	2	15
Hedmark	N= 17	0	0	1	6	14	82	2	12
Østfold	N= 34	1	3	19	56	8	24	6	18
Oslo	N= 121	10	8	25	21	38	31	48	40
<b>Region Øst</b>	<b>N= 253</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>99</b>	<b>39</b>	<b>68</b>	<b>27</b>
<b>Hele landet</b>	<b>N= 681</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>128</b>	<b>19</b>	<b>416</b>	<b>61</b>	<b>95</b>	<b>14</b>

**Tabell 5. Situasjon for utskrevne pasienter 31.12.03.**

Region, fylke, sektor	Flyttet		God		Usikker		Dårlig		Død i/etter		Ukjent		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Region Midt- og Nord</b> N= 64	0	0	3	5	0	0	23	36	4	6	34	53	
Hordaland og SF	N= 79	2	3	0	0	10	13	35	44	8	10	24	30
Rogaland	N= 20	0	0	0	0	0	0	5	25	2	10	13	65
<b>Region Vest</b> N= 99	2	2	0	0	10	10	40	40	10	10	37	37	
Aust-Agder	N= 33	3	9	3	9	5	15	9	27	10	30	3	9
Vest-Agder	N= 77	9	12	5	6	9	12	2	3	13	17	39	51
Buskerud	N= 69	3	4	6	9	14	20	32	46	4	6	10	14
Telemark	N= 52	2	4	6	12	13	25	20	38	8	15	3	6
Vestfold	N= 43	0	0	1	2	27	63	2	5	3	7	10	23
<b>Region Sør</b> N= 276	17	6	21	8	68	25	65	24	38	14	65	24	
Akershus- Asker og Bærum	N= 42	8	19	4	10	10	24	3	7	10	24	7	17
Akershus – Øvre Romerike	N= 10	0	0	1	10	4	40	1	10	1	10	3	30
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	1	11	0	0	1	11	2	22	3	33	2	22
Akershus – Follo	N= 7	0	0	0	0	3	43	0	0	1	14	3	43
Oppland	N= 13	2	15	0	0	4	31	5	38	2	15	0	0
Hedmark	N= 17	0	0	0	0	2	12	13	76	2	12	0	0
Østfold	N= 34	1	3	5	15	6	18	5	15	8	24	9	26
Oslo	N= 121	4	3	0	0	11	9	11	9	38	31	57	47
<b>Region Øst</b> N= 253	16	6	10	4	41	16	40	16	65	26	81	32	
<b>Norge</b> N= 692	35	5	34	5	119	17	168	24	119	17	217	31	



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for psykiatri  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer*  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 7 av 8  
S.nr. 200300235 - 5

SKR-rapport nr 7/2004

**BIDRAG TIL EVALUERING AV  
LEGEMIDDELASSISTERT  
REHABILITERING I NORGE**  
Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004

Mona Baadstøe Hansen, Hege Kornør og Helge Waal,  
*Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo*

## INNHold

1	INNLEDNING.....	1
2	METODE.....	5
3	ORGANISERING OG FINANSIERING.....	7
3.1	Organisering.....	7
3.1.1	Helseregion Øst.....	7
3.1.2	Helseregion Sør.....	8
3.1.3	Helseregion Vest.....	9
3.1.4	Helseregion Midt-/Nord-Norge.....	10
3.1.5	Rapporter og beskrivelser.....	10
3.2	Økonomi og ressursfordeling.....	11
3.2.1	Ressurser og ressursfordeling.....	11
3.2.2	Medikamentkostnadene.....	11
3.2.3	Driftsutgiftene.....	12
3.2.4	Fordeling og vridningseffekter?.....	13
3.2.5	Indirekte kostnader.....	14
4	ANTALL I BEHANDLING, UTVIKLING OG FORSKJELLER.....	16
4.1	Antall i behandling ved årsslutt og ”noen gang i behandling”.....	16
4.1.1	Antall i behandling i Helseregion Øst.....	17
4.1.2	Antall i behandling i Helseregion Sør.....	17
4.1.3	Antall i behandling i Helseregion Vest.....	18
4.1.4	Antall i behandling i Helseregion Midt-/Nord-Norge.....	19
4.1.5	Regionale og fylkesvise variasjoner.....	19
4.1.6	Behovsdekning.....	20
5	SØKNADER, INNTAK OG VENTELISTE.....	21
5.1	Søknadsbehandlingen.....	21
5.1.1	Metode.....	21
5.1.2	Spørsmål, svar og delvurderinger.....	22
5.1.3	Samlete vurderinger.....	23
5.2	Antall og fordeling av inntak.....	24
5.2.1	Forholdet mellom førstegangsinntak og reinntak.....	25
5.2.2	Inntak i Helseregion Øst.....	26
5.2.3	Inntak i Helseregion Sør.....	27
5.2.4	Inntak i Helseregion Vest.....	28
5.2.5	Inntak i Helseregion Midt-/Nord-Norge.....	29
5.2.6	Inntak på medisinsk grunnlag.....	30
5.2.7	Vurderinger.....	30
5.3	Hvor mange venter hvor.....	31
5.3.1	Ventesituasjonen i Helseregion Øst.....	32
5.3.2	Ventesituasjonen i Helseregion Sør.....	33
5.3.3	Ventesituasjonen i Helseregion Vest.....	33
5.3.4	Ventesituasjonen i Helseregion Midt-/Nord-Norge.....	34
5.3.5	Vurderinger.....	35
6	BEHANDLINGSMETODER.....	37
6.1	Inntak, avvenning og opptrapping av medikasjonen.....	37
6.1.1	Metode.....	37

6.1.2	Spørsmål, svar og vurderinger	38
6.1.3	Samlete vurderinger	39
6.2	Psykososiale virkemidler	39
6.2.1	Metode	40
6.2.2	Kontakt med behandlere siste fire uker	40
6.2.3	Kontakt med LAR-konsulent – fylkevisе forskjeller	41
6.2.4	Kontakt med sosialkonsulent – fylkesvisе forskjeller	42
6.2.5	Bruk av ansvarsgrupper – fylkesvisе forskjeller	43
6.2.6	Kontakt med LAR-legen – fylkesvisе forskjeller	44
6.2.7	Vurderinger	46
6.3	Medikamentbruk	46
6.3.1	Hvilket morfinstoff er brukt?	46
6.3.2	Medikamentdoser	48
6.3.3	Hvor utleveres medikamentet og hvor ofte skjer det?	49
6.3.4	Ukentlig antall utleveringer og forekomst av "ta-hjem-doseringer"	50
6.4	Bruken av urinkontroller	51
7	UTSKRIVNING OG BEHANDLINGSAVSLUTNING	53
7.1	Prinsipielle vurderinger i sentrene	53
7.2	Utskrivningspraksis	54
7.3	Metode	55
7.4	Avslutninger - oversikt	55
7.4.1	Andel utskrevne i regionene og sentrene	56
7.4.2	Utskrevne etter ulike kriterier – regionale og fylkesvisе forskjeller	57
7.4.3	"Absolutte" kriterier – kriterieforståelse og praksis	58
7.4.4	"Relative" kriterier	59
7.4.5	"Selvvalgte" utskrivninger	60
7.4.6	Praksis når pasienten bruker ulike rusmidler	61
7.4.7	Unntak	62
7.4.8	Skadereduksjon	63
7.4.9	Vurderinger og konklusjoner	65
7.5	Retensjon – tid i behandling	65
7.5.1	Metode	66
7.5.2	Retensjon i behandlingen	66
7.5.3	Kontinuerlig behandling eller nye behandlingsperioder	68
7.5.4	De som blir utskrevet	69
7.5.5	Utskrivningsårsak	70
7.5.6	Situasjonen for de utskrevne	71
7.5.7	Vurderinger	73
8	RESULTATER – HVORLEDES HAR DE DET?	75
8.1	Psykkiske vansker siste fire uker	75
8.2	Livssituasjon	75
8.2.1	Bolig	75
8.2.2	Beskjeftigelse	76
8.2.3	Andel trygdete	78
8.2.4	Andel med sosialstøtte	79
8.2.5	Vurderinger	80
8.3	Mestring av rusmiddelproblemene	81
8.3.1	Rusmestring de siste fire uker	81
8.3.2	Opiater – heroin	82
8.3.3	Benzodiazepin	84

8.3.4	Cannabis .....	85
8.3.5	Helhetlig rusmestring .....	85
8.3.6	Sammenhengende tid siste år uten bruk av rusmidler .....	87
8.4	Dødsfall i Legemiddelassistert rehabilitering .....	89
8.5	Kriminalitet .....	90
9	OPPSUMMERING OG NOEN FORSØK PÅ SVAR .....	93
9.1	Oppsummering .....	93
9.2	Forsøk på noen svar .....	96
9.3	Problemer, perspektiver og utviklingsbehov .....	99
10	LITTERATUR .....	101
10.1	Rundskriv .....	101
10.2	Delrapporter i evalueringsarbeidet .....	101
10.3	Referanser .....	102

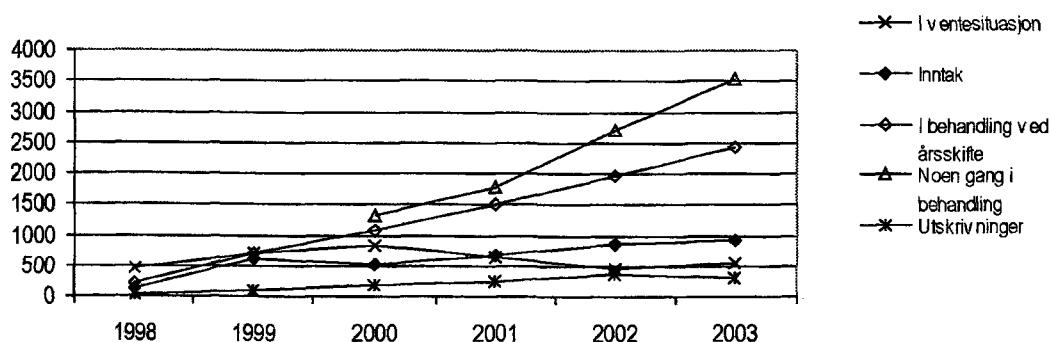
## 1 INNLEDNING

Helt frem til slutten av 1990-tallet ble bruk av metadon i behandling av opioidavhengige møtt med sterk motvilje i store deler fagmiljøet, inkludert leger (1;2). To forsøksprosjekter viste imidlertid at vedlikeholdsbehandling var nyttig både for HIV-smittede pasienter og pasienter som hadde hatt stadige tilbakefall etter medikamentfri behandling (3-5). Stortinget vedtok i 1997 opprettelsen av et landsdekkende tilbud om det som nå kalles Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) på grunnlag av forprosjektene og tilpasset rådende vurderinger og holdninger i Norge.

Mens hovedmål for vedlikeholdsbehandling i mange land har vært å redusere rusmiddelbruk, smittefare, dødelighet og kriminalitet, var den norske modellens primære målsetting sosial- og/eller yrkesmessig rehabilitering. Videre ble det vektlagt at det øvrige behandlingstilbudet ikke skulle undermineres og at motivasjonen for abstinensorientert behandling blant opioidavhengige ikke skulle svekkes. Lov om sosiale tjenester ble lagt til grunn, og behandlingen ble bygget opp i tråd med norsk behandlingstradisjon som et samarbeid mellom førstelinjetjenesten i kommunene og andrelinjetjenesten i fylkeskommunene, forsterket av et statlig finansiert nivå i regionale sentre og tiltak (Rundskriv IK-15/2000, I-35/2000, I-33/2001, I-5/2003).

Ved utgangen av 1998 var til sammen 204 pasienter i behandling, hvorav 124 var inkludert det samme året, og de øvrige 80 var overført fra forsøksprosjektene året før (fig 1). Samtidig ventet 464 personer på å få søknad behandlet eller på behandlingsplass med innvilget søknad, mens behandlingen ble avsluttet for 22 personer. Siden da har pasientvolumet økt med ca. 500 per år (fig 1) til dagens nivå (31.12.03) på 2431 personer, eller 3535 hvis man også inkluderer avsluttede pasienter.

Figur 1. Ventesituasjon, inntak, pasienter i behandling og utskrivelser 1998-2003



I 1998 var det dobbelt så mange personer i ventesituasjon som i behandling, mens det i 2003 var syv ganger så mange i behandling som det antall personer som ventet. Utskrivelsesandelen ser derimot ut til å ha holdt seg stabil på ca. 10 % av pasientmassen. LAR er organisert slik at det i hver helseregion skal være ett eller flere sentre/tiltak som behandler søknadene og innvilger behandlingen (tab 1). Sentrene har i varierende grad også et



direkte behandlingsansvar og i alle tilfeller overordnet ansvar for veiledning og avgjørelsesmyndighet for utskrivning. Slike sentre ble åpnet fra 1998 til 1999 i alle regioner bortsett fra Region Nord-Norge. Rogaland fikk eget senter i 2002. Region Nord-Norge åpner sitt i 2005. Regionsenteret for Midt-Norge har frem til da også ansvar for Nord-Norge.

Tabell 1. Oversikt over LAR-tiltakene  
Helseregion Øst

Akershus	Folloklinikken Jessheimklinikken Lillestrømklinikken Sosialmedisinsk klinikk (Asker/Bærum)
Oppland	LAR Oppland
Hedmark	LAR Hedmark
Oslo	MARIO (MAR Øst)
Østfold	LAR Østfold
<b>Helseregion Sør</b>	
Trefylkesarbeidet	LAR Buskerud LAR Vestfold LAR Telemark
MARIA	LAR Aust-Agder LAR Vest-Agder
<b>Helseregion Vest</b>	
	Metadonklinikken (Hordaland, Sogn og Fjordane) LAR Rogaland
<b>Helseregionene Midt- og Nord-Norge</b>	
	MARIT (alle fylker)

LAR har egen statlig bevilgning som skal dekke medikamenter, utleveringskostnader og driftsutgifter. I 2003 utgjorde driftsbevilgninger 53 millioner kroner og medikamentbevilgninger 157 millioner kroner. I tillegg har enkelte fylkeskommuner bevilget driftsmidler fra eget budsjett. På toppen av dette kommer tre typer indirekte utgifter:

- kommunale utgifter knyttet til bruk av sosialtjenestens, eventuelt hjemmetjenestens ressurser
- dekning av fastlegenes oppfølging gjennom Rikstrygdeverket ved konsultasjonstakster, egne takster for ansvarsgruppedeltakelse, for langvarig legearbeid og for prøvetaking
- utgifter til urinprøver med transportkostnader og analysekostnader. Dette dekkes av Rikstrygdeverket.

Det er nå åtte år siden den norske vedlikeholdsbehandlingsmodellen ble implementert. I denne perioden har det vært en sterk økning i antall behandlingsplasser, tilbudet er gjort tilgjengelig i alle landets fylker, og store beløp overføres årlig fra stat, fylkeskommune og kommune. Likevel har behandlingstilbudet aldri vært underlagt noen større systematisk evaluering. Utviklingen over tid, regionale forskjeller og norske særegenheter på feltet er områder som vil være spesielt interessante å undersøke.

Etter ønske fra Sosial- og helseskomiteen i Stortinget ble det i 2003 besluttet at tilbudet skulle evalueres. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Psykiatrisk institutt, Universitetet i Oslo har fått i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å gjennomføre en devaluering med utgangspunkt i nasjonale registre og undersøkelser. Denne evalueringen skal ikke sikte mot å

vurdere de grunnleggende valgene i den norske modellen – LAR. Oppdraget er knyttet til følgende spørsmål som er formulert i brev fra Sosial- og helsedirektoratet (03/438 T-TS-CAD) av 15.9.03:

- Hvor mange har fått tilbud om LAR totalt? Hvor mange er blitt inkludert, hvor mange har blitt ekskludert/selv skrevet seg ut og med hvilke begrunnelser? Hvor mange er blitt reinntatt? Hva har skjedd med dem som er blitt ekskludert/selv skrevet seg ut? Finnes det regionale forskjeller i disse spørsmålene?
- Regionale variasjoner i praktiseringen av regelverket. Ulike sentres forskjell i bruk av metadon vs. Subutex? Hvorfor er det betydelige forskjeller blant sentrene i hvor lenge den enkelte rusmiddelmissbruker er i tiltaket før man blir overført til primærkommune? Hvorfor har enkelte tiltak svært få brukere sammenlignet med andre regionale tiltak?
- Hvilke konsekvenser får søker- og ventesituasjonen til LAR? Hvor mange dør i kø? Regionale forskjeller?
- Omfang og konsekvenser av sidemisbruk. Regionale forskjeller?
- Hvilken effekt har LAR på kriminalitet?

Vi har valgt å tolke oppdraget i en vid forstand. I tillegg til å besvare spørsmålene så langt det er mulig vil tidsperspektivet og variasjoner mellom fylkene vektlegges. Utvikling over tid vil gi en oversikt over tendenser og retning, mens forholdene i de enkelte fylkene er såpass variable at det er verdt å bringe analysene ned på et så detaljert nivå. Videre har et evalueringsverktøy allerede vært i bruk på landsbasis de to siste årene, og data fra disse undersøkelsene vil være informative, selv med en viss usikkerhet forbundet med evalueringsinstrumentets måleegenskaper.

Rapportens struktur er bygget opp slik at det først kommer en beskrivelse av de metoder som er brukt i evalueringen. Deretter følger en detaljert oversikt over hvordan de forskjellige helseregionene har organisert behandlingen og en beskrivelse av økonomi og ressursfordeling. Så kommer en oversikt over antall i behandling sett i forhold til regional problembelastning. Deretter presenterer vi tall og praksis for søknadsbehandling og ventelister og inntak (behandlingsstart). Etter dette kommer oversikt og beskrivelse av behandlingen og utskrivelser. Behandlingsutfall blir neste evalueringsområder, med fokus på rusmiddelbruk og kriminalitet. Regionale og fylkesvise forskjeller vil bli tatt opp under hvert tema, for avslutningsvis å diskuteres i forhold til mulige forklaringer. Rapportens vurderinger er samlet i et eget kapittel sammen med forfatterens perspektiver og tanker om videre utvikling. I forbindelse med evalueringen har vi utarbeidet et sett delrapporter hvor undersøkelsene er mer utførlig beskrevet:

- \* SKR 1/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for avvenning og oppstart?
- \* SKR 2/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning?
- \* SKR 3/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene i søknadsarbeidet?
- \* SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter i LAR i Norge 2002 og 2003
- \* SKR 5/2004 Hvor mange hvor – Antall, oversikter og regional fordeling
- \* SKR 6/2004 LAR en livslang behandling? Om retensjon i behandlingen

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer er opprettet for kompetanseutvikling og forskning vedrørende helserelaterte problemer knyttet til rusmiddelbruk. Seksjonen er samlokalisert med MAR Øst, som er Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering og fungerer som sekretariat for nasjonale møter mellom de ulike regionale sentre og tiltak. Seksjonen har med midler fra Sosial- og helsedirektoratet engasjert lege Mona Baadstøe Hansen til prosjektarbeidet fra februar til og med oktober 2004. Hun har hatt sentralt ansvar for evalueringsarbeidet. Stipendiat Hege Kornør har bidratt i bearbeidningen av innsamlet

materiale, metodevalg og generelle kommentarer, og professor Helge Waal har vært overordnet ansvarlig og bidratt i delrapporter og rapportskrivning. I tillegg har administrasjonen ved Nasjonalt kompetansesenter for MAR medvirket. Spesielt bør nevnes konsulent Heidi Kirksjøberget og sekretær Elizabeth Nordheggen. Staben i avdelingen i MAR Øst og i alle de ulike tiltak og sentre har også bidratt med rapportering og intervjuer. Evalueringsarbeidet har derfor krevd en betydelig innsats av mange.

## 2 METODE

Hoveddelen av tallmaterialet om omfang og utvikling stammer fra tertialvise (30.4, 31.8 og 31.12) rapporter tiltakene sender inn til det nasjonale kompetansesenter (MAR Øst). Disse redegjør for antall ubehandlede søknader, aksepterte søknader hvor pasienten venter på inntak (egentlig venteliste), antall inntak fordelt på nye og tidligere pasienter (reinntak), antall utskrivninger fordelt på de som er selvvalgte og vedtatt av tiltaket, overføringer til andre tiltak, og antall i behandling. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer samarbeider med MAR Øst om denne datainnsamlingen og har fri bruksrett til materialet.

Når det gjelder tid i behandling, er tallmaterialet ordnet i kohorter etter hvilket år den enkelte begynte i behandling første gang. Disse er delt i andel som er i behandling eller utskrevet pr 31.12. 2003. Pasientregistrene er kvalitetssikret mot aktuell kunnskap om den enkelte i hvert enkelt tiltak.

Det såkalte statusskjemaet er et standardisert evalueringsverktøy som brukes hver høst ved alle landets LAR-tiltak og -sentre for å innhente opplysninger om den enkelte pasients situasjon. Skjemaet er utviklet av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer på oppdrag fra og i samarbeid med de nasjonale tiltakene. Valg av variabler til skjema er basert på relevans og på informasjon som er lett tilgjengelige for pasientenes kontaktpersoner. Disse har ansvaret for utfylling.

Variablene måler forhold som arbeid, inntekt, fritid, bolig og nettverk og behandlingstiltak som type psykososiale tiltak, medikamentvalg og -dosering, utleveringsordning og urinprøveordning. Skjemaet krever også opplysninger om hjelpetiltak, helse og rusmiddelbruk siste 30 dager og om kriminalitet, overdoser og selvmordsforsøk siste år.

Skjemaet ble revidert etter en pilotstudie i 2001 og deretter tatt i bruk i 2002. Svarprosenten er høy men det er et problem at mange variabler har betydelig andel ubesvart. Det er dessuten utført en reliabilitetsundersøkelse hvor to LAR-konsulenter besvarer skjemaet for den samme pasienten uavhengig av hverandre (interrater reliabilitet). Denne viser til dels betydelige svakheter ved måleegenskapene til enkelte variabler (6). En del av variablene blir derfor ikke brukt i evalueringen, men resultatene blir vist også for disse i vedlegg.

I forbindelse med evalueringen har Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer dessuten gjennomført flere undersøkelser med spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål. Dette har vært separate undersøkelser om hvorledes sentrene og tiltakene forstår og praktiserer inntakskriteriene, hvorledes søknadsarbeidet skjer i praksis, hvorledes avvenning og oppstart skjer og hvorledes sentrene forstår utskrivningskriteriene og praktiserer utskrivningene. Skjemaene er enten besvart skriftlig av en representant fra tiltaket, eller brukt som intervjuguide for telefonintervju. Hver av disse undersøkelsene er kvalitetssikret ved at beskrivelse av observasjoner og vurderinger er sendt til de respektive tiltak og drøftet i nasjonalt møte.

Det er også gjennomført en undersøkelse av retensjon i behandlingen på grunnlag av de forskjellige årskull av de som er førstegangsintatt i behandling.

Hver av undersøkelsene er beskrevet i egne delrapporter, som også redegjør for metodevalg. Det er viktig å understreke at måleegenskapene til de ulike datainnsamlingsmetodene ikke er undersøkt. Det er derfor reell usikkerhet i forhold til om funnene er gyldige (valide) og pålitelige (reliable).

Når det gjelder vurderingene, kan det også være et problem at en av forfatterne har hatt en sentral rolle i utviklingen av LAR i Norge. Dette kan tenkes å influere på valg av problemstillinger, metoder og tolkninger av funn. Vi har forsøkt å være oppmerksom på slike

muligheter under arbeidet, men det kan selvsagt gjenstå en usikkerhet slik at leseren bør være oppmerksom på dette.

Spørsmålet om dødsfall i og etter LAR krevde tillatelse fra Datatilsynet til å krysse pasientregistrene mot Dødsårsaksregisteret. Denne undersøkelsen har imidlertid ikke latt seg gjennomføre innen tidsfristen for evalueringsoppdraget fordi nødvendige tillatelser først forelå i september 2004. Undersøkelsen vil imidlertid bli gjennomført slik at resultatene vil foreligge første halvår av 2005.

Når det gjelder kriminalitet, foreligger det en mulighet til å krysse mot Strafferegisteret, men dette ble vurdert som urealistisk innenfor tidsrammen. Spørsmålet er delvis besvart på grunnlag av statusskjemaet.

## 3 ORGANISERING OG FINANSIERING

### 3.1 Organisering

Etter den opprinnelige bestemmelsen skulle det være ett godkjent senter i hver region. Under den politiske og administrative behandlingen ble dette endret slik at en i hovedsak fikk en fylkesvis organisering i Helseregion Sør. De nordlige regionene delte ett senter, mens region Øst og Vest ble organisert som opprinnelig tenkt.

Senere er det opprettet flere sentre, og etter Sykehusreformen og deretter Rusreform I og II, er bildet blitt endret flere ganger. Organiseringen er derfor innviklet.

#### 3.1.1 Helseregion Øst

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, MARIO, er nasjonalt kompetansesenter, regionalt senter for helseregionen og behandlingssentrum for Oslo. MARIO hadde i rapporteringsperioden fire polikliniske avdelinger. Omtrent halvparten av driftskostnadene har vært dekket ved bevilgning fra Oslo og halvdelen av statlige midler. Etter opprinnelige planer skulle det også ha en døgnavdeling, men dette er aldri realisert, og en har derfor brukt kommunale akuttavdelinger i rustjenesten. En av avdelingene i MARIO har hatt spesielt ansvar for pasienter med behandlingstrengende HIV-infeksjon og andre alvorlige sykdommer. Senteret har hatt utdeling av metadon i tre av avdelingene, men arbeider i økende grad desentralisert slik at pasientene får sin medisin ved fremmøte i apotek. Senterets avdelinger har hatt ansvar for oppfølging og veiledning i forhold til fylkene i regionen.

Fylkene i regionen har utviklet en desentralisert modell med flere fellestrekk. Hvert fylke har separate fylkeskommunale inntaksorgan basert på rustjenesten. Avrusingen skjer i ulike fylkeskommunale institusjoner. Tiltaksplanen bygger på lokalt samarbeid i ansvarsgrupper og rehabiliteringsmuligheter i kommunene. Forskrivning skjer fra lokale leger, og utlevering i apotek, noen steder også fra hjemmetjenesten.

Noen forskjeller er det likevel. Hedmark har utviklet et eget metadonteam med base i Rusmiddelavdelingen i Sanderud sykehus. I Oppland har inntaket vært basert på en koordinator ved Rustjenesten, Oppland psykiatriske sykehus. Koordinator samarbeider med fylkets tre sektorteam. I Østfold har koordinator vært knyttet til fylkets sentrale rustjeneste, mens fylkets sosialmedisinske poliklinikker i stor grad har vært veiledere for behandling.

Akershus har hatt et sektorisert opptakssystem med koordinator i rusklinikkene; Jessheimklinikken, Folloklinikken, Lillestrømklinikken og Sosialmedisinsk poliklinikk for Asker og Bærum.

MARIO har hatt tverrfaglige kontaktgrupper for hvert fylke og har godkjent og kontraktfestet hver pasient ved siden av å gi veiledning i vanskelige saker, generell rådgivning, opplæringskonferanser og samarbeidsmøter. Fylkeskontaktene møter i MARIO i kvartalsvise regionmøter. Statsbevilgningen har i sin helhet gått til MARIO. Oslo har i tillegg bevilget

midler til personalressurser og lokaler, og de enkelte fylkene har disponert krefter fra fylkeskommunalt rusbehandlingsapparat til arbeidet.

Etter sykehus- og rusreformer er MARIO delt i MAR Øst, som er bygget på statsbevilgning, mens de kommunale/fylkeskommunale midlene danner grunnlag for et kommunalt tiltak som heter MAR Oslo. MAR Øst er en seksjon i Avdeling for rus og avhengighet i Klinikk for psykiatri, Aker universitetssykehus HF.

LAR-arbeidet i Oppland og Hedmark lagt inn under Sykehuset innlandet HF og planlegges som en enhet under Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighetsbehandling, som igjen er en enhet innenfor Divisjon psykisk helsevern.

LAR-arbeidet i Østfold er lagt inn under Sykehuset Østfold HF som en enhet under Avdeling for rusbehandling, som igjen er enhet i Divisjon for psykisk helsevern.

LAR-arbeidet i Asker og Bærum lagt inn under Sykehuset Asker og Bærum HF som fagstillinger i Sosialmedisinsk klinikk, som igjen er en del av Distriktskykiatrisk senter Bærum under Divisjon for psykisk helse.

LAR-arbeidet i Follo, Follmar, er en enhet i Ruspoliklinikken som er en avdeling i Folloklinikken, som igjen er organisert under Avdeling for rus og avhengighet i Klinikk for psykiatri i Aker universitetssykehus.

LAR-arbeidet i Romerike er en del av arbeidet i Rusmiddelpoliklinikken som er en avdeling i Jessheimklinikken og Rusmiddelpoliklinikken, som er en avdeling i Lillestrømklinikken. Begge klinikkene er organisert i Psykiatrisk gruppe i Akershus Universitetssykehus HF.

### 3.1.2 Helseregion Sør

Helseregion Sør har i rapporteringsperioden hatt fylkesvis organisering med fem selvstendige team organisert i det såkalte Trefylkesamarbeidet for Vestfold, Telemark og Buskerud og i MARIA, som er en prosjektorganisert samordning av teamene i Aust- og Vest-Agder. Det er separate budsjetter og separate innvilgende innstanser.

#### Trefylkesamarbeidet

Trefylkesamarbeidet ble bygget opp på fylkesvise metadonteam med faglig samarbeid og felles inntaksutvalg. Arbeidet er utviklet som en desentralisert og integrert modell, hvor rehabiliteringen utføres av det eksisterende tjenestetilbudet i kommunene og fylkeskommunene. Kommunehelsetjenesten og ulike primærleger står for den medisinske oppfølgingen, herunder forskrivning av metadon og urinkontroll. Legemidlet distribueres via apotek, og i en del tilfeller videre via hjemmetjenesten i kommunen. Sosialtjenesten har et koordinerende ansvar i rehabiliteringen, og ansvarsgrupper opprettes for alle pasientene. De fylkeskommunale LAR-teamene har som hovedoppgave å utvikle og kvalitetssikre rehabiliteringsarbeidet og å bistå og veilede kommunene ved inntak og utskriving, ved oppfølging av enkeltpasienter og ved deltakelse i ansvarsgrupper. Teamene har et generelt ansvar for at retningslinjene for MAR følges. I de første årene hadde Trefylkesamarbeidet en felles rådgivende lege. Seinere knyttet det enkelte fylke til seg hver sin. I Buskerud er det en lege ved psykiatrisk klinikk, en rådgivende lege som har dette som del av sitt faste arbeid. I Telemark kjøpes tjenesten av en privatpraktiserende psykiater for ledige lønnsmidler. I Vestfold har teamet legetjeneste fra Vestfoldklinikken. Legen veileder teamet og gir råd til leger med behandlingsansvar for pasienter i MAR.

Samarbeidet med kommuner og fylkeskommunale tiltak er gjennomgående godt og vurdert positivt i en særlig evalueringsrapport (7) Teamene vurderer også at det gjøres mye godt rehabiliteringsarbeid lokalt. Noen kommuner har imidlertid hatt vansker med å etablere nødvendige lokale forutsetninger for å kunne gi et behandlingstilbud; dette gjelder særlig

medisinske tjenester og bolig. Erfaringene med et slikt desentralisert behandlingstilbud er så langt positive. Gjennom mobilisering av det lokale tjenestetilbudet er ansvaret forankret i kommunene i tråd med lov om sosiale tjenester, og på relativt kort tid har det vært mulig å gi et ganske høyt antall pasienter tilbud om MAR. Både i Telemark og Buskerud har det i perioder vært inntaksstopp fordi det ikke har vært nok midler til å dekke medikamentkostnaden.

Etter rusreformene er LAR-teamene organisert som LAR-enheter.

- LAR Buskerud er en enhet i Avdeling for rus og psykiatri, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Buskerud HF.
- LAR Telemark er en enhet i Rehabiliteringsseksjonen, Psykiatrisk klinikk i Sykehuset Telemark HF.
- LAR Vestfold er en enhet i Vestfoldklinikken som er en avdeling i Psykiatrien i Vestfold HF

#### Agder-samarbeidet – MARIA

Aust-Agder og Vest-Agder ble fra begynnelsen av tildelt egne statstilskudd til metadontiltak i hvert av fylkene. Dette ble prosjektorganisert som MARIA - med felles styringsgruppe hvor ledervervet vekslet. I rapporteringsperioden har organiseringen vært slik at MARIA arbeider etter en sentralisert modell med metadonteam i Vest-Agder- klinikkens ruspoliklinikk i Kristiansand og i Aust-Agder-klinikken i Arendal. Begge team er ledet av overlegene ved klinikkene. Behandlingstilbudet har derfor vært styrt fra fylkeskommunens spesialisttjeneste med ansvar for kvalitetssikring av søknader, forskrivning og behandlingskontroll.

I Vest-Agder har det vært et eget team ved Ruspoliklinikken med bruk av akuttavdeling for avrusing og annen innleggelse. Teamet har i stor grad hatt en helhetlig oppfølging med innstilling, opptrapping, utlevering og langsiktig oppfølging av pasientene i ansvarsgrupper. På dette grunnlaget er det utviklet samarbeid med kommunene ved sosialtjenesten og hjemmesykepleien og med apotekene.

I Aust-Agder er teamet plassert som en del av fylkets rusmiddelklinikk. Behandlingen er integrert i den ordinære driften og baserer seg på gruppevis og/eller enkeltvis inntak etter kvalitetssikring av søknader fra kommunene. Etter stabilisering i avdelingen reiser pasientene hjem, men beholder kontakt med klinikken. Psykiatriske sentra har også vært brukt når det har vært indikasjon for dette. Det samme gjelder en fysikalsk medisinsk opptreningsinstitusjon. Etter sykehusreformen og rusreformene er MARIA samlet i Sykehuset Sørlandet HF med felles tilhørighet i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling i Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Sørlandet HF, med egne team for Aust- og Vest-Agder.

### 3.1.3 Helseregion Vest

I Helseregion Vest er Metadonklinikken i Bergen ansvarlig for Hordaland og Sogn og Fjordane, mens Rogaland har et nyopprettet tiltak tilknyttet Fabo, Stavanger. Metadon-klinikken i Bergen er en av fire rusklinikker i Stiftelsen Bergensklinikkene (SBK) og åpnet i august 1998. Avrusing skjer i andre avdelinger i Bergensklinikkene. Også i region Vest arbeider man noe forskjellig i de ulike fylkene. Når det gjelder rapporteringsperioden frem til og med 2003, har det vært inntaksteam med fylkeskommunal representasjon i Metadon-klinikken. Rogaland har hatt en egen fylkeskommunal nemnd. I Sogn og Fjordane er det så få søknader at det ikke har vært behov for et særskilt inntaksteam. Forskrivningen av metadon er sentralisert til Metadon-klinikken. Samarbeid med primærlege må likevel være etablert ved oppstart fordi det er en målsetning at primærlegene på sikt skal



overta stadig mer av ansvaret for forskrivningen. Urinprøvekontroll og metadonutdeling tilrettelegges ut fra muligheter lokalt. Dette skjer i nært samarbeid med konsulent på Metadon-klinikken. Den endelige godkjenning av faglig forsvarlighet ligger til Metadon-klinikken. Fra 2002 har disse funksjonene i Rogaland vært dekket av LAR Rogaland. I oppstartfasen er samarbeidsrelasjonene mellom sosialtjenesten og LAR-tiltakene nære og terskelen for henvendelse lav. I denne fasen fokuseres det på å formidle struktur, rammer og regler. Etter hvert som behandlingen går framover skal det fokuseres på å gjøre sosialtjenesten i stand til å håndtere pasientenes særskilte behov og kriser. Sentralisert forskrivningspraksis innebærer økt kontroll med forskrivning av B-preparater. Dette har redusert presset mot allmennlegene, som har opplevd at arbeidsoppgaver overfor denne pasientgruppen er endret. Metadon-klinikken har opplevd holdningsendring i primærlegeapparatet fra skepsis og vegring til økt interesse for å delta. Etter rusreformene er det opprettet en driftsavtale mellom Region Vest RHF og Bergensklinikkene. Avdeling for legemiddelassistert rehabilitering (tidligere Metadonklinikken) inngår som en enhet innen Poliklinikken som er en av Bergensklinikkenes tre klinikker i klinisk avdeling. LAR Rogaland er en avdeling innen FABO, Frelsesarmeens bo- og behandlingssenter, med driftsavtale med Sykehuset Rogaland HF.

### 3.1.4 Helseregion Midt-/Nord-Norge

I Helseregion Midt- og Nord-Norge har arbeidet vært ledet fra Senter for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, MARiT i hele rapporteringsperioden. MARiT har vært organisert som en spesialisert poliklinikk og har et overordnet ansvar i hele området. I 2001 ble det opprettet egne MAR-stillinger ved Nordlandsklinikken og ved Sosialmedisinsk senter i Tromsø. MARiT bygger som de andre sentrene på søknad gjennom sosialsenteret til fylkeskommunale inntaksteam. Teamene kvalitetssikrer søknadene, som sluttbehandles i MARiT. Alle søknader legges frem for en eksternt oppnevnt inntaksgruppe, og det holdes alltid søknadsmøte med henviser og søker. Både personkriterier og tiltaksplan blir nøye vurdert.

Pasientene har alltid lokale ansvarsgrupper som koordineres av "lokal hovedkontakt" fra sosialsenteret og "primærkontakt" fra MARiT. Det er sentral forskrivning av opioid fra lege ved MARiT, mens primærlege har allmennhelseansvar. Ansvaret skal gradvis overføres til allmennlege etter tre år. Behandlingen følges i et strukturert opplegg hvor ansatte ved MARiT deltar i utvalgte ansvarsgruppemøter og styrer behandlingen gjennom faste samarbeidsordninger.

Fra og med 2004 har MARiT vært en poliklinikk under Rusbehandling Midt-Norge HF. Regionen er den eneste som har organisert rustiltakene som et eget foretak. Fra 1.1.05 opprettes formelt LAR Nord-Norge som et eget godkjent tiltak tilknyttet Helse Nord RHF.

### 3.1.5 Rapporter og beskrivelser

Utviklingen av tiltakene og de forskjellige utformingene er beskrevet i tre rapporter og i artikkel i legetidsskriftet (7-11).

## 3.2 Økonomi og ressursfordeling

### 3.2.1 Ressurser og ressursfordeling

I denne rapporten vil økonomiske variabler bare brukt som forklaring i forhold til kapasitetsproblemer og i forhold til regionale og fylkesvise forskjeller. Hovedvekten vil bli lagt på de statlige bevilgningene (tabell 2).

### 3.2.2 Medikamentkostnadene

Av tabell 2 ser vi at den dominerende utgiften er medikamentkostnadene. Metadon er et kostbart medikament. Problemet er at det ikke brukes vanlig godkjent fabrikkprodukt. Riktignok finnes et slikt registrert kommersielt produkt (Metadon Martindale), men mange pasienter klager over magebesvær ved bruken. Det vanligst brukte medikamentet fremstilles derfor såkalt magistrelt – i produksjonsapotek eller i utleverende apotek.

Derved kommer det helt spesielle beregningsmåter. Metadon hydroklorid kjøpes fra grossist til en pris som svarer til omtrent 15 kr/dose. Apotekene beregner seg i tillegg godtgjørelse for produksjonen, opptapping i doser, merking av flasker, emballasje, eget morfinregneskap, utlevering med inntak under tilsyn, kommunikasjon med behandlende lege/senter og flere andre kostnadselementer og provisjon.

Resultatet er dosepris som er ca. 10 x innkjøpspris til apoteket. Den typiske gjennomsnittspris er kr 150, men det er store variasjoner fra under kr 100 til opp mot kr 200. Når et apotek kjøper ferdig medikament, vil dessuten de fleste beregne seg et administrasjonstillegg som egentlig skulle være innbakt i prisen. Dette kan gi en dosepris som ligger over kr 200. Noen apotek vil dessuten ha ekstra refusjon for all kommunikasjon med forskrivende lege/senter slik at sentrene blir belastet med ekstrasagebyr opp til kr 75 per telefonsamtale. Helseforetakene synes nå å styre produksjonen mot sykehusapotekene. Enkelte av disse krever full dosekostnad, som kan være opp til kr 164, også når medikamentet selges videre til andre apotek, som så igjen krever fulle tillegg for administrasjon og utlevering.

Tabell 2. Helseregioner og fylker – befolkning, antall i behandling og statlig ressurstilførsel 2003

	Befolkning	Antall i LAR	Stillingshjemler	Driftsbevilgning (mill)	Medikament (mill)
Finnmark	73 500				
Troms	152 000				
Nordland	237 000				
Helseregion Nord	462 500	64	5*	2,1	1,8
Nord-Trøndelag	127 500				
Sør-Trøndelag	268 000				
Møre- og Romsdal	244 000				
Helseregion Midt-N	639 500	121	14**	7,2	5,2
Sogn og Fjordane	107 000				
Hordaland	441 500	246	10,5***	8,0	8,6
Rogaland	385 000	187	6	3,8	6,5
Helseregion Vest	933 000	438	16,5	11,8	15,1
Vest-Agder	159 000	151	8	2,5	7,3

Aust-Agder	103 000	70	2,5	1,9	3,4
Telemark	166 000	127	5	2,8	4,4
Vestfold	218 000	71	7	2,2	3,5
Buskerud	241 000	76	3,5	1,9	3,2
Helseregion Sør	887 000	495	26	11,3	21,8
Oppland	183 500				
Hedmark	188 500				
Østfold	256 500				
Akershus	483 000				
Oslo	523 000				
Helseregion Øst	1 634 500	1313	36,5	21,5	60,1
Norge	4 500 000	2431	98	53,3	103,9

- Alle stillingene har vært faglig ledet fra MARiT. \*\* I tillegg kommer tre stillinger brukt til å styrke akuttavdeling ved Lade behandlingssenter for sikring av døgnplasser for MARiT. \*\*\* I tillegg kommer fire stillinger knyttet til akuttavdelingen.

Når det gjelder buprenorfin (Subutex®), er forholdet noe enklere fordi vi her har et ferdig produkt. Doseprisen for en typisk dose, som er 16 mg, skal etter siste prisjustering i oktober 2004 være kr 82 fra apotek. Men siden medikamentet ikke gis ut til pasienten i fabrikkpakning, kommer egne godtgjørelser for morfinregnskap, for ilegg av dosett og dessuten for utlevering slik at inntaket av medikamentet skjer under tilsyn. Enkelte krever også tillegg for kommunikasjon med lege. Samlet tillegg kan derfor komme opp i mellom kr 50 og kr 100 per utlevering. Ett apotek har krevd kr 250 per utlevering for å være villig til å inngå avtale om utlevering av Subutex i apoteket.

Der hvor det er mange apotek, vil en i noen grad kunne velge bort slike apotek. Dette er imidlertid ikke alltid mulig om pasienten skal unngå lang daglig reisevei. Prinsippet om fri konkurranse synes ikke å fungere spesielt godt på dette området.

Det samlede resultat er at tre firedeler av den statlige bevilgningen går til å dekke medikamentet, og at enkelte sentre har hatt inntaksstopp fordi bevilgningene til medikament er blitt for små.

### 3.2.3 Driftsutgiftene

Tabell 3 viser at det ble bevilget litt under kr 21 920 til behandlingsspersonale, administrasjon og andre kostnader for hver pasient som var i behandling i LAR ved årsskiftet 2003. For disse midlene var det opprettet 98 stillingshjemler, hvilket vil si at det var omtrent 30 pasienter pr hjemmel, administrasjonsansatte inkludert. Opprinnelig var dimensjoneringen beregnet til 6-800 pasienter. Medikamentstøtten, men ikke driftsstøtten, er senere økt betydelig.

Tabell 3. Oversikt over statlig driftsstøtte til regionene omregnet i forhold til antall pasienter

Helseregion	Antall pasienter per stillingshjemmel	Statlig driftsstøtte per pasient i antall kr
Øst	36*	16 374*
Sør	19	22 763
Vest	26,5	26 941
Midt-Norge	13	58 843
Nord-Norge	13	32 813
Norge	25	21 290

- Bevilgning til MAR Øst i Oslo. Utregnet på grunnlag bare av antall pasienter i Oslo blir det kr 23 404 per pasient og 19 pasienter per stillingshjemmel.

Vi ser også at det er betydelige regionale forskjeller. Region Midt- og Nord-Norge har vesentlig høyere driftstilskudd per pasient og laver antall pasienter per ansatt. Dette bør selvsagt ses i forhold til de geografiske avstandene i disse regionene, spesielt om de skal betjenes fra MARiT i Trondheim. Likevel bør en nok konkludere med bedre regional ressursituasjon. Region Øst ligger vesentlig lavere. Det riktig nok så at MAR Øst i første rekke har klinisk aktivt ansvar i Oslo. Om ressursene fordeles bare på Oslo-pasienter, vil den statlige støtten komme omtrent på landsgjennomsnitt.

Et annet forhold er også viktig. Fylkene i Helseregion Øst har i vesentlig større grad enn i andre regioner støttet LAR-arbeidet med egne midler. Dette gjelder i særlig grad Oslo som både er kommune og fylke. MARIO i Oslo hadde frem til implementeringen av rusreform II omtrent det dobbelte antall hjemler finansiert over Rusmiddeletaten i Oslo. Legges dette til vil ressursituasjonen komme over landsgjennomsnittet. I de andre fylkene er situasjonen varierende. I alle fylker er det bevilget minst en stilling som koordinator. I noen som Hedmark er det opprettet fylkeskommunalt team. Andre har frigjort personressurser til samarbeid og deltakelse på ulike vis fra behandlingsapparatet.

Det kan uansett konkluderes med at LAR i MAR Øst har vært statlig finansiert i vesentlig mindre grad enn i andre regioner.

Det kan også konkluderes med at den statlige driftsstøtten bare kan utgjøre en mindre del av driftsutgiftene dersom pasienten skal ha en aktiv psykososial oppfølging. En vesentlig del må bæres av den kommunale sosialtjenesten, av godtgjørelse til leger over Rikstrygdeverket og av attføringsapparatet (Arbeidsmarkedsetaten og Rikstrygdeverket).

Disse forholdene er vesentlige etter at legemiddelassistert rehabilitering er overført til Helseforetakene som arbeider innen trange ressursammer.

### 3.2.4 Fordeling og vridningseffekter?

Kan fordelingen av midlene ha vridningseffekter slik at forskjeller i kapasitet eller kvalitet av arbeidet kan ha sammenheng med ressursforskjeller?

Tabell 4 viser at Region Nord-Norge har 10 % av befolkning og Region Midt-Norge 14 %. Snaut en firedel bor altså i disse regionene. Størrelsen på målgruppen av tunge injiserende opiatavhengige misbrukere er likevel viktigere enn andel av normalbefolkningen.

Tradisjonelt har vi i Norge regnet at rundt halvdel av de tunge misbrukerne bor i Oslo (12) og at to tredeler bor i Oslo-området som omfatter Akershus, Østfold, og Buskerud. Tallene er beregnet på grunnlag av en multiplikator-tilnærming hvor hovedvekten er lagt på antall overdoser. Overdosetallene har imidlertid gått kraftig ned siden 2001, og andelen i Oslo er sunket vesentlig under halvdel. Bak denne utviklingen skimter vi både et økt antall sprøytebrukere utenfor Oslo og minsket relativ dødelighet blant sprøytebrukerne som bor i områder hvor problemet har vært opplevd lengst og behandlingstiltakene etablert tidligst.

Tabell 4. regionsvis andel i behandling og regional fordelingen av personer med alvorlig illegalt rusmiddelproblem – ulike beregningsmåter. 2003. Prosent.

Helseregion	Andel i behandling N=2431	Andel av normal-befolkning N= 4 500 000	Etter overdose-fordeling N=172	Etter dommer for brudd på narkotikalovgivningen (Ref) N= 3146
Øst	54	36	53	45
Sør	20	20	16	22
Vest	18	21	23	17
Midt-Norge	5	14	5	10
Nord-Norge	3	10	3	6
Norge	100	100	100	100

Legger vi bare overdosetallene til grunn peker fordelingen av landets 172 overdosedødsfall i 2003 mot at vel halvdel av bor i Helseregion Øst, noe under fjerdedelen i Region Sør og Region Vest og til sammen noe under en tidel i de to nordlige regionene til sammen. Legger vi fordelingen av dommer for narkotikakriminalitet til grunn, blir andelen i Oslo lavere og andelen i de nordlige fylkene høyere, men fortsatt er det sterkt forøkt belastning i Helseregion Øst og spesielt Oslo og en lavere problemtynge i Region Midt-/Nord-Norge. Sirius arbeider med fylkesvis fordeling men foreløpig er dette ikke publisert (13).

Tallmaterialet har flere usikkerhetsmomenter. I en drøfting av regionale forskjeller må en likevel legge vekt på at de nordlige regionene synes å ha vesentlig større statlig ressurstilførsel pr pasient i behandling. Samtidig har de en lavere problembelastning. I Helseregion Øst er situasjonen den motsatte. Utenfor Oslo har det overhodet ikke vært statlig støtte ut over den servise og de tjenester som Oslo-senteret har gitt. Her er det altså store forskjeller mellom fylkene. I Helseregion Sør peker særlig LAR Buskerud seg ut med lavt antall ansatte og liten driftstøtte i forhold til fylkets størrelse og problembelastningen i Drammensregionen. LAR-enheten i MARIA Vest-Agder skiller seg ut med mer ressurser enn de andre i fylket.

### 3.2.5 Indirekte kostnader

#### Utgifter i førstelinjetjenesten

Legenes arbeidsinnsats belaster i hovedsak Rikstrygdeverket. Det er vanskelig å se at dette kan skape fylkesvise eller regionale forskjeller. Det kan være annerledes med kommunale utgifter. Modellen for LAR forutsetter en fungerende sosialtjeneste som har mulighet og villighet til å investere i klientens rehabilitering.

Her kan det vel være forskjeller. Kommuner med trang økonomi vil ha mindre muligheter til aktiv innsats. Kommuner med stor belastning og sosialkontor med stor sirkulasjon av ansatte, vil ha en annen type problemer. En undersøkelse (14) peker mot svakere resultater etter avstand fra Oslo. Dette kan være en av grunnene.

#### Utgifter til utleveringskontroll

Dette er i alt vesentlig utgifter apotekene får dekket ved regning til sentrene. Dette vil si at den statlige bevilgningen til medikamenter bærer kostnaden.

### Utgifter til urinprøver

Der hvor legene står for prøvetaking, vil regningen gå til Rikstrygdeverket. Dette har neppe stor betydning for regionale forskjeller. Selve analysekostnadene er imidlertid svært store. For hver prøve har laboratoriet krav på kr 50 fra Rikstrygdeverket og kr 7,50 fra Helseforetaket. Hver rekvisisjon er vanligvis på analyse av minimum fem stoffer. Dette gir kr 287,50 hver gang. I følge statusundersøkelsen avgir 77 % av pasienten minst en prøve hver uke. Med 2 500 pasienter gir dette forsiktig regnet 130 000 prøver per år, hvilket vil si mellom 35 og 40 millioner.

Samlet kan si at det er store indirekte kostnader og flere parter som har til dels betydelig inntakt. Fordelingen av de statlige midlene kan gi ulik ressursituasjon mens de indirekte i mindre grad gjør dette på annen måte enn at ulik grad av ulik grad av problembelastning kan gi ulike arbeidsbetingelser. Det er dessuten til sammen relativt betydelige kostnader som til dels kan gi reelle inntekter for regionale tiltak og for private firmaer.

## 4 ANTALL I BEHANDLING, UTVIKLING OG FORSKJELLER

Den tertialvise rapportering til Nasjonalt senter for LAR er systematisert i SKR-rapport nr 5/04, HVOR MANGE HVOR? Landsoversikt for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering 1998 – 2003. Det henvises til SKR.5 for mer detaljert redegjørelse. Dette kapitlet tar sikte på å utviklingen og redegjøre regionale og fylkesvise ulikheter. Avslutningsvis vurderes behovsdekningen.

### 4.1 Antall i behandling ved årsslutt og ”noen gang i behandling”

Tabell 5 gir en oversikt over antall som var i behandling ved hvert årsskifte og den relative andelen mellom regionene hvert år. Vi ser at det har vært en jevn økning av pasienter i behandling i hele landet og i alle regioner. Helseregion Øst har hvert år hatt over halvparten av det totale antall i behandling. Helseregion Midt- og Nord-Norge begynte med behandling først i 1999, og har lavest antall pasienter i behandling.

Tabell 5. Antall pasienter i behandling pr 31.12. fra og med 1998 til og med 2003 i helseregionene og i hele landet

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Region Øst	173	85	445	62	636	59	861	57	1106	56	1313	54
Region Sør	8	4	166	23	249	23	356	24	440	22	495	20
Region Vest	23	11	65	9	120	11	186	12	285	14	438	18
Region Midt-/Nord	0	0	43	6	69	6	100	7	153	8	185	8
Norge	204	100	719	100	1074	99	1503	100	1984	100	2431	100

De siste oppgavene er fra 31.8 2004. Antallet i behandling var da 2746 i hele landet fordelt på 1441 i Helseregion Øst, 543 i Sør, 525 i Vest og 237 i Midt-/Nord-Norge. Dette peker mot at økningen med ca 500 i året fortsetter. Pr 31.12.04 vil mellom 2900 og 3000 være i behandling.

Tertialrapportene omfatter også oversikt over hvor mange som noen gang har vært inne i behandling i de ulike tiltakene. Dette omfatter pasienter som flytter, dør, eller ikke ønsker behandlingen lenger, eller er blitt utskrevet uten selv å ønske dette. Tabell 6 viser en oversikt.

Tabell 6. Antall pasienter noen gang i LAR i helseregionene og i landet. Rapportering bare tilgjengelig fra og med 2000.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Øst	-	-	789	947	1516	1944
Sør	-	-	302	462	625	784
Vest	-	-	147	241	378	556
Midt-/Nord	-	-	78	130	195	251
Norge	-	-	1316	1780	2714	3535

Vi ser at antallet av de som noen gang har vært i behandling, øker jevnt. Ved slutten av 2003 var det 1104 personer som tidligere hadde vært i behandling men ikke lenger var det.

#### 4.1.1 Antall i behandling i Helseregion Øst

Tabell 7. Antall pasienter i behandling i fylkene i Helseregion Øst

Fylke	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oslo	161	88	275	61	337	53	444	52	598	54	699	53
Akershus	8	4	103	23	156	25	194	23	231	21	267	20
Østfold	4	2	34	8	63	10	83	10	105	9	138	11
Hedmark	0	0	21	5	46	7	80	9	97	9	111	8
Oppland	9	5	15	3	34	5	60	7	75	7	98	7
Region Øst	182	100	448	100	636	100	861	100	1106	100	1313	100

Tabell 7 viser oversikt over utviklingen i Helseregion Øst. Vi ser at mens nesten alle i begynnelsen kom fra Oslo, har andelen fra andre fylker etter hvert økt. Oslo og Akershus har høyest antall.

#### 4.1.2 Antall i behandling i Helseregion Sør

Også i denne regionen har det vært en gradvis økning både i antall i behandling og i antall som noen gang har vært i behandling slik det fremgår av tabell 8.



Tabell 8. Antall og fylkesvis i behandling ved årsskiftet i Helseregion Sør

	1998	1999	2000		2001		2002		2003	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Telemark	-	-	46	18	73	21	101	23	127	26
Vestfold	-	-	28	11	44	12	54	12	71	14
Buskerud	-	-	42	17	58	16	77	18	76	15
Aust-Agder	-	-	52	21	55	15	65	15	70	14
Vest-Agder	-	-	81	33	126	35	143	33	151	31
Reg Sør	8	166	249	100	356	100	440	100	495	100

Vi ser at antallet er størst i Vest-Agder og Telemark som også har hatt en jevn økning. Buskerud har ikke hatt økning fra 2002-2003.

#### 4.1.3 Antall i behandling i Helseregion Vest

Helseregion Vest har hatt den samme utviklingen som de andre regionene som det fremgår av tabell 9.

Tabell 9. Antall og fylkesvis andel i behandling pr 31.12 i fylkene i Helseregion Vest

	2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%
Hordaland	122	66	182	64	246	56
Rogaland	58	31	98	34	187	43
Sogn og Fjordane	6	3	5	2	5	1
Region Vest	186	100	285	100	438	100

Antallet i behandling har økt jevnt. Andelen fra Rogaland har økt fra en tredel i 2001 til litt under halvdelen i 2003. Sogn og Fjordane har små problemer med illegalt rusmiddelmisbruk – og svært få pasienter i LAR.

#### 4.1.4 Antall i behandling i Helseregion Midt-/Nord-Norge

Tabell 10. Antall og fylkesvis andel i behandling 31.12. hvert år i Helseregion Midt- og Nord-Norge. Fylkesvise tall bare tilgjengelig fra 2001.

	1998	1999	2000	2001		2002		2003	
	N	N	N	N	%	N	%	N	%
Møre og R	-	-	-	17	17	19	12	22	12
Sør-Trøndelag	-	-	-	42	42	74	48	79	43
Nord-Trøndelag	-	-	-	10	10	16	10	20	11
Nordland	-	-	-	22	22	32	21	46	25
Troms	-	-	-	7	7	10	7	16	9
Finnmark	-	-	-	2	2	2	1	2	1
Region M/Nord	0	43	69	100	100	153	99	185	101

I Helseregion Midt- og Nord-Norge er den regionen som kom senest i gang med inntakene og den som har lavest antall i behandling. De to regionene har svært store geografiske avstander og en befolkning spredt over mange steder. Tabell 10 viser at nesten halvdel kommer fra Sør-Trøndelag og fjerdedelen fra Nordland. Vi ser også at de to nordligste fylkene har lav andel men også at Troms har en klart økende tendens.

#### 4.1.5 Regionale og fylkesvise variasjoner

Tabell 5 viser at det har vært en betydelig økning over hele landet. Ved utgangen av 1998 var det 204 i behandling mens det ved utgangen av 2003 var 2431, en økning på nær 1200 %. Denne økningen kom først i Helseregion Øst som i 1998 hadde 84 % av alle i behandling. I 2003 var andelen 54 %.

Fra og med 2000 har fordelingen i antall pasienter mellom regionene vært nokså stabilt slik at utbyggingen var nådd et nivå med stabil regional kapasitetsfordeling. Lavest andel har Region Midt-/Nord-Norge med 8 %. Dette er vesentlig lavere enn befolkningsandelen. Behandlingen i denne regionen ble startet seinere enn i de andre regionene, men dette kan vanskelig være hele forklaringen siden andelen har vært stabil de siste tre årene. Årsakene kan ligge i geografiske forhold siden et svært geografisk område er blitt betjent fra ett senter. De kan også skyldes måten senteret arbeider på og det kan skyldes at behovet reelt sett er mindre. Det kan ikke skyldes ressursforhold siden statstilskuddet her er relativt sett størst. Sterkest relativ økning har det de siste årene vært i Helseregion Vest. Dette har rimeligvis sammenheng med at det er åpnet et eget senter i Rogaland.

Når det gjelder fylkesvise variasjoner ser vi at i Region Vest er det økningen i Rogaland som preger utviklingen. I Helseregion Midt-/Nord er antallet i behandling stabilt stort i Sør-Trøndelag og Nordland. I Helseregion Sør ser vi at Vest-Agder og Telemark høy andel. Vest-Agder har hatt dette lenge mens stigningen i Telemark er jevn de senere årene. De andre fylkene har nokså lik andel. Buskerud ser ut til å ha stagnasjon eller fall i antall. Det bør altså fokuseres på ressursene eller på strukturen i dette fylket. I Helseregion Øst er det særlig Oslo som dominerer. Akershus har også mange i behandling. Østfold er det fylket som i særlig grad har hatt økning de seinere årene, men det har vært tydelig vekst i alle.

Selv med disse variasjonene synes konklusjonen å være at en har oppnådd en vekst som er landsdekkende og synes å foregå nokså godt ballansert i forhold til fylkesvise og regionale behov.

#### 4.1.6 Behovsdekning

Etter Stortingets vedtak i 1997 skal LAR bygges ut slik at alle som fyller kriteriene, skal kunne få behandlingstilbud der de bor (15). Ingen land har sikre oppgaver over antall tunge misbrukere. I Norge er det sikreste anslaget det som kommer fra Sirius og bygger på multiple indikatorer. I følge dette er det anslagsvis 15 000 som har et misbruk preget av injeksjoner (13). Noen av disse har et misbruk mer preget av amfetamin og andre rusmidler. Disse skal ikke behandles med vedlikeholdsbehandling. Noen av de som først og fremst bruker heroin, har et uregelmessig forbruk og ønsker ikke LAR. De ville heller ikke fylle indikasjonene som forutsetter flerårig dyptgående avhengighet.

Som et anslag kan en sette at 2/3 av de som bruker sprøyter er i målgruppen (fyller kriteriene) for LAR som derfor utgjør 10 000 på landsbasis. Dette vil i så fall si at ved slutten av år 2004 vil 30 % være i behandling og ytterligere 10 % vil på ett eller annet tidspunkt ha vært det. Dersom man tar utgangspunkt i en stipulert målgruppe på 15 000, blir andelen henholdsvis 20 % og 27 %.

Disse beregningene peker mot at tilbudet vil nå mellom 20 og 30 % av de som er aktuelle for behandlingen og at ytterligere 10 % vil ha vært i behandling tidligere. Hva er så en rimelig målsetting? En måte å beregne dette på er å se på behovsdekningen i land som har hatt høyt tilbud lenge. Council of Europe ga i 2002 ut en oversikt (16). I følge denne var det høyest dekning i Spania, Sveits, Irland, Nederland og Frankrike. I alle disse landene var imidlertid antallet i målgruppen usikkert. Beregnet behovsdekningen varierer derfor med antagelse om antall.

Et slags gjennomsnitt er at 40-60 % av alle var i vedlikeholdsbehandling i gruppen av land med høy dekning. Det høyeste anslaget ble gitt fra Irland som beregnet dekningen til å være mellom 41 og 69 %. Med et grovt anslag kan en derfor si at mer enn 70 % i behandling er lite realistisk og kanskje ikke ønskelig. Mange land har oppnådd 40 % dekning og land som Danmark, Nederland, Tyskland og Frankrike ligger på rundt 50 %. I disse landene er det fortsatt vekst.

Som et utgangspunkt kan det på denne bakgrunnen anslås at mellom 5 000 og 7 000 bør nåes med et tilbud om LAR. Kapasiteten bør derfor i alle fall dobles. Med den nåværende utviklingstakten vil dette målet nås en gang i perioden 2009-2011. Selv om veksttaket har vært sterkere i Norge enn i noe annet land i Europa i perioden 1998-2002 (808 %), er det altså et godt stykke igjen.

## 5 SØKNADER, INNTAK OG VENTELISTE

I dette kapitlet settes søkelyset på det som skjer før noen begynner i LAR. I land som legger vekt på skadereduksjon, er den mest sentrale målsettingen at behandlingen skal være lett tilgjengelig og inntaket minst mulig byråkratisk. I Norge er modellen lagt opp for å beskytte mot negative følger av for lett tilgang på morfinstoffer og for å fremme en målsetting om rehabilitering. Slike tilnærminger er av og til betegnet som tiltak med "høy terskel". Materialet til dette kapitlet har to kilder. Oversikt over antall og typer inntak hentes fra SKR 5/2004 Hvor mange hvor? Søknadspraksis og håndtering av ventelister er hentet fra en egen intervjuundersøkelse som er beskrevet i SKR 3/2004 hvilken praksis har LAR-sentrene i søknadsarbeidet?

### 5.1 Søknadsbehandlingen

Som beskrevet i kapittel 1 er LAR lagt opp som et forpliktende samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten med sosialtjenesten i hovedsetet. De som ønsker slik behandling skal søke om behandlingen gjennom sitt sosialsenter på et eget søknadsskjema. Skjema skal vise om pasientene tilfredsstillende kriteriene for behandlingen og skal fremme samarbeid mellom de ulike instansene, beskrive de ulike behandlingsoppgavene og redegjøre for hvem som har ansvar for de enkelte elementene i en tiltaksplan. Senteret sender søknaden til det ansvarlige regionale tiltak som avgjør om søkeren oppfyller kriteriene for behandlingen og om behandlingen er lagt opp forsvarlig. De godkjente tiltakene kan beslutte at det er nødvendig med flere opplysninger og kvalitetssikre søknaden på ulike måter før en vurdering. Denne prosedyren har i hovedsak vært uendret selv om søknadsprosedyrene er tilpasset erfaringer og situasjon i de ulike tiltakene. Etter Rusreformene har leger fått en selvstendig rett til å beslutte at en klient kan søke, men søknaden skal fortsatt koordineres i sosialsenteret for å sikre en helhetlig rehabilitering. Søknadsprosedyren har fra enkelte hold vært kritisert som byråkratisk og tungvint. Fra andre hold har det vært hevdet at ulike former for press har uttynnet prinsippene.

#### 5.1.1 Metode

Undersøkelsen er utført som en semistrukturert intervjuundersøkelse. Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide som ble drøftet og godkjent i nasjonalt møte for de regionale tiltak og sentre. Guiden ble sendt til tiltakene for intern drøfting før intervjuet. Hvert senter bestemte selv hvem som skulle svare. Det var mulig å levere skriftlig svar eller foreta telefonintervju. Det ble foretatt 14 telefonintervjuer og et personlig intervju, og mottatt et skriftlig svar.

Svarene ble først skrevet ned i punktform. Notat med disse ble så sendt tilbake for godkjenning og/eller rettelse. Det samlede materialet er deretter lagt til grunn for en analyse av og vurdering av systemet og for en sammenligning av likheter og ulikheter i

søknadsprosedyrer. Den skal også vise gjennomførte endringer og ønsker om endringer i prosedyrene.

### 5.1.2 Spørsmål, svar og delvurderinger

#### 1. Generell vurdering av søknadsskjema og prosedyrer

Svarene viste sterk tilslutning til grunnmodellen. Av 16 svarere ga alle uttrykk for at de var generelt fornøyd med både søknadsskjema og søknadsprosedyrene. Endringsønsker var en klarere nasjonal mal og mer forhåndskontakt med sosialtjenesten under utforming av søknaden.

Konklusjonene synes å være at søknadsarbeidet vurderes som viktig. Det er allmenn tilslutning til modellen men ønske om forbedringer av skjemaet og tettere samarbeid med sosialtjenesten.

#### 2. Grad av forhåndskontakt om søknadsbehandlingen og type forventninger til sosialsentrene fra LAR-tiltakene

Svarene viste at alle legger stor vekt på sosialsentrenes rolle. En godt forberedt søknad vil kunne være avgjørende for vurderingene og være en god start på et systematisk rehabiliteringsarbeid. Den kan være strategisk i forhold til å skape engasjement i klientens problemer og for å få de ulike instansene på banen

Svarene viste imidlertid også at søknadsarbeidet blir hemmet av ressursmangel både ved LAR tiltakene og ved sosialkontorene. Alle tiltakene legger vekt på opplysning og undervisning. Alle har hatt kurs/seminarer for kommunene for å kvalitetssikre søknadene. De fleste melder at søknadene er blitt bedre, især de som kommer fra sosialkontorer med større søkermasse. Konklusjonen er at prosedyrene har stor tilslutning og oppleves meningsfylt. Det var ønske om:

- et tettere samarbeid med sosialkontorene i utforming av søknadene
- mer forhåndskontakt med sosialkontorene.

#### 3. Kjennskap til formelle og uformelle ventelister på sosialsentrene

Svarene peker i retning av at det finnes både uformelle ventelister og kapasitetsproblemer. Noen ganger kan en søknad også bli avvist uten saksbehandling.

Det ser også ut til at det er klare regionale forskjeller. Problemstillingen er følsom og flere sentre viste forsiktighet med å trekke frem noen spesielle steder. Svarene peker i retning av at problemene er størst i bykommuner i Østlandsregionen og de nærmestliggende fylkene i Helseregion Sør.

Konklusjonen er at kapasitetsproblemer i enkelte sosialsentrene medfører barrierer for tilgang.

#### 4. Praksis for registrering av søknader og håndtering av de som er ufullstendige

Dersom det regionale senter tar i mot alle søknader, vil dette kunne fremme en praksis hvor saksbehandlerne i et sosialsenter kan oppleve å ha gjort noe for en søker ved å ha fått av gårde søknaden. Dersom senteret i forhåndskontakt formidler at søknaden vil komme i retur dersom den ikke oppfyller faglige krav, vil dette kunne fremme kvalitet i saksbehandlerne arbeid.

Men det vil også kunne føre til at søknadene ikke blir sendt eller at sosialsentrene stiller krav til klientene som disse ikke kan oppfylle. Dersom søknadene ikke registreres for de er kvalitetssikret til behandling, vil problemet bli skjult.

Svarene viser at det er reelle forskjeller. I Helseregion Øst registreres alle mottatte søknader uavhengig av kvalitet. Ulempen ved dette er at ventelistene kan inneholde søkere som ikke er

reelle eller søknader som ikke er forankret i et lokalt apparat som kan/vil gå inn i et gjensidig forpliktende samarbeid. Til gjengjeld får regionen bedre oversikt over potensielle søkere og mindre barrierer for sentrene til å behandle søknadene. I Helseregion Midt- og Nord-Norge legges vesentlig vekt på at søknadene skal være grundige og godt forankret lokalt før de blir registrert for behandling. Dette vil på den ene siden virke som et insitament til aktiv lokal forankring og til å fremme samarbeid. På den annen side vil det kunne føre til skjulte behandlingsbehov og til skjulte ventelister. I Helseregion Sør og Vest er det ulik eller skiftende praksis ved de ulike tiltak og sentre. Lar i Vest-Agder har en praksis som likner på den i nord.

#### 5. Undersøkelse av hvilke krav som blir stillet til sosialtjenesten og lege før innvilgelse av en søknad

Svarene viser at de formelle kravene til tiltaksplanene er likartete mens kravene til sosialkontorets oppfølging av planen og samarbeid med pasienten varierer betydelig. Noen tiltak har dessuten mer spesifiserte krav, for eksempel antall ansvarsgruppemøter og sterkere krav til bostandard før behandling enn andre. Praksis er også varierende i forhold til krav om forpliktelse til deltakelse av fastlege.

Samlet kan det antydes en systematisk variasjon som går fra tiltak som legger sterk vekt på at sosialsenteret før oppstart skal være trukket med i et utviklet og gjensidig forpliktende samarbeid med klar struktur og fremdrift til tiltak hvor samarbeidet starter mer som en minimumskontrakt. Vest-Agder, Nedre Romerike, Oppland, Aust-Agder og Øvre Romerike er eksempler på det første og MARIO, Asker og Bærum på det andre. Det videre samarbeidet i denne typen tiltak utformes gradvis avhengig av hva man kan få sosialsenteret med på og hvorledes pasientens utvikling er.

#### 5.1.3 Samlete vurderinger

Undersøkelsen gir noen klare inntrykk.

- Fremgangsmåten med søknad gjennom sosialsenteret og vekt på grundighet i søknadsarbeidet har stor tilslutning.
- Det legges de fleste steder ned et betydelig arbeid i å etablere et nært og godt samarbeid med sosialsentrene ved å opprette faste møter, oppfordre til uformell telefonkontakt, forhåndsbearbeidning av ufullstendige søknader og ved kurs/seminarer.
- De fleste tiltak mener at det er en klar sammenheng mellom omfang av samarbeid og kvalitet på søknadene.
- Det sees en sammenheng mellom dette og mulighet til en vellykket behandling.
- Sentrene og tiltakene har et klart ønske om å være mer involvert i søknadsutformingen, især i tiltaksplanen. Mange ser sammenheng mellom dette begrepet og individuell plan. De fleste tiltakene vurderer forhåndskontakt med kommunetjenestene og med legen og forverns møter med pasienten som viktig for en realistisk og gjennomførbar tiltaksplan.
- Det er imidlertid også tydelig at praksis varierer betydelig. Begrunnelsen er oftest ressursmangel, og geografiske avstander.
- Forskjellene har imidlertid også andre røtter slik som ulik praksis for søknadsbehandling og ulike vurderinger av partenes roller i arbeidet.

Det er ulike vurderinger av hvor mye ressurser en skal bruke på søknadsarbeidet og på hvilket stadium en søknad kan være klar for vurdering. I bakgrunnen ligger spørsmålet om søknadsprosedyrens formål og funksjon. I ett ytterpunkt skal den sikre rehabiliteringsmålsettingen og bidra til kvalitet i rehabiliteringsarbeidet. I ett annet skal den først og fremst sikre at kriteriene er oppfylt.

Det synes klart at søknadsprosessen skaper flere trange porter og mulige ventesituasjoner. En omhyggelig prosedyre vil kunne stenge ute pasienter med små ressurser og store vansker. Den vil kunne tildekke behov og føre til underrapportering av ventepasienter. Det er også mulig at strikte krav til bestemte prosedyrer kan skape unødvendig ressursbruk og tvinge pasienter uten store støtte/rehabiliteringsbehov til omfattende kontakt med sosialsenteret og til venting på saksbehandling der uten sikker gevinst. Samtidig vil det motsatte – en rask og forenklet prosedyre kunne føre til lettvinne søknader og kunstig store behov. Resultatet kan være avmotivering av samarbeidspartnere og lavt insitament til omhyggelighet og aktiv rehabiliteringsideologi.

En samlet vurdering er

1. Grunnmodellen er verdifull samtidig som den inneholder en del dilemmaer mellom effektivitet og ressursbruk på den ene siden og kvalitet og langsiktighet på den annen.
2. Rusreformene skaper utfordringer både fordi pasientrettighetene blir en viktig faktor og fordi modellen er uformet som et langsiktig samarbeid og delt ansvar mellom to forvaltningsnivåer; fylkeskommunalt og kommunalt. Det er ikke like selvfølgelig at et helseforetak vil bruke ressurser på denne måten uten at dette er refundert eller betalt.
3. Det kan også settes spørsmålsteget ved om det er naturlig at en spesialistinstans skal kreve omhyggelig og omfattende informasjon for å vurdere behandlingsbehov fra henvisende instans. Det kan bli naturlig å dele prosessen i to faser og skille mellom arbeidet før vurdering av søknaden i forhold til kriteriene på den ene siden og arbeidet for å kvalitetssikre behandling og rehabilitering i utarbeidet tiltaksplan og kontraktsarbeid på den annen.
4. Det er videre et mulig behov for å skille mellom flere nivåer eller typer behandling slik som for eksempel 1. skadereduksjon og omsorg, 2. aktiv rehabilitering og 3. understøtting av aktiv behandling uten rehabiliteringsbehov.
5. Det oppleves behov for en revisjon av søknadsskjemaet og en tydeligere mal for søknadsarbeidet.

## 5.2 Antall og fordeling av inntak

Tabell 11 viser en oversikt over alle inntak (førstegangsinntak og reinntak) samlet. Vi ser at antallet inntak har økt fra litt over 100 i 1998 til nesten 1000 i 2003. I 1999 ble det tatt inn flere pasienter enn året etter. Dette skyldes at 1999 var et år med særlig stor kapasitetsutvidelse. Fra og med år 2000 har det vært en jevn økning i alle regionene frasett Helseregion Midt-/Nord-Norge. Fra og med 1999 har noe over halvdel av alle inntak skjedd i Helseregion Øst. Det har vært sterkest vekst i Helseregion Vest mens utviklingen har slakket noe av i Helseregion Sør de siste to årene av perioden.

Tabell 11. Samlet antall inntak (førstegangsinnntak og reinntak) i helseregionene og i hele landet

Helseregion	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	92	74	348	57	282	54	343	50	447	52	494	53
Sør	8	6	163	27	130	25	185	27	184	22	159	17
Vest	24	19	53	9	78	15	96	14	154	18	219	23
Midt-/Nord	0	0	44	7	36	7	58	9	68	8	63	7
Norge	124	99	608	100	526	101	682	100	853	100	935	100

### 5.2.1 Forholdet mellom førstegangsinnntak og reinntak

Førstegangsinnntak avspeiler hvor mange som kommer inn i behandlingen fra hele målgruppen mens antallet som taes inn igjen etter utskrivning, sier mer om samspillet i rehabiliteringsprosessen og om nye forsøk. En del av pasientene flytter til tiltak i andre fylker og andre regioner. Når en pasient starter opp i annet tiltak, vil dette regnes som førstegangsinnntak i dette og avslutning på grunn av flytting i det andre. Antallet er ikke så stort at det har reell betydning for oversikten. Skillet mellom førstegangsinnntak og reinntak er bare rapportert regionsvis for perioden 2000–2003, og fylkesvis 2001–2003.

Tabell 12 viser at antallet både av førstegangsinnntak og reinntak her økt gjennom hele perioden men andelen reinntak har økt noe mer slik det er rimelig å forvente. I 2003 var andelen reinntak kommet opp i 16 %. Hoveddelen var altså fortsatt førstegangsinnntak. Vi ser også at andelen reinntak har økt mest i Helseregion Øst – også dette er rimelig siden regionen domineres av Oslo som har startet behandlingen flere år før de andre.

Tabell 12 Oversikt over førstegangsinnntak og reinntak i helseregionene og i Norge.

Helseregion	2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nye Øst	248	51	297	49	332	49	268	42
Nye Sør	128	26	166	28	145	21	132	21
Nye Vest	74	15	85	14	137	20	176	28
Nye M/N	34	7	53	9	61	9	56	9
Nye Norge	484	99	601	100	675	99	632	100
Reinntak Øst	28	85	24	42	42	42	53	45
Reinntak Sør	1	3	17	30	35	35	24	20
Reinntak Vest	2	6	11	19	17	17	35	29



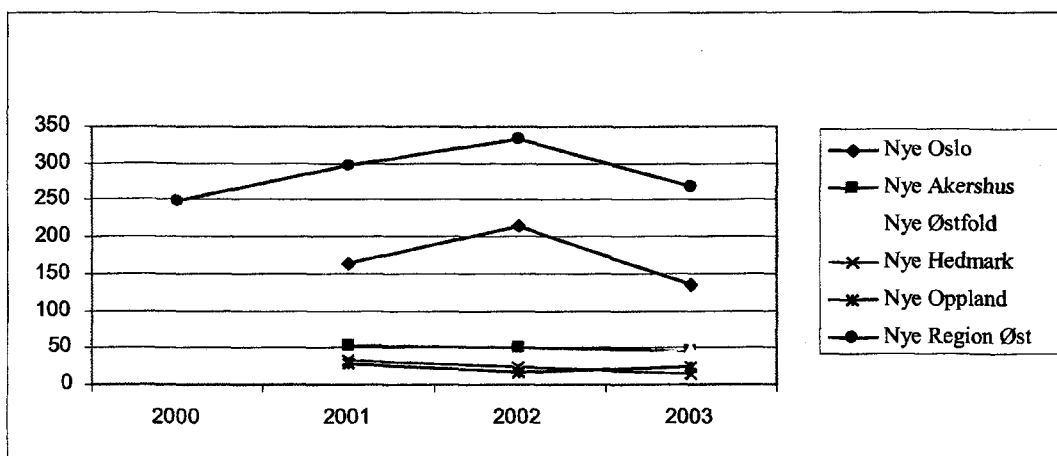
Reinntak M/N	2	6	5	9	7	7	7	6
Reinntak Norge	33	100	57	100	101	101	119	100

### 5.2.2 Inntak i Helseregion Øst

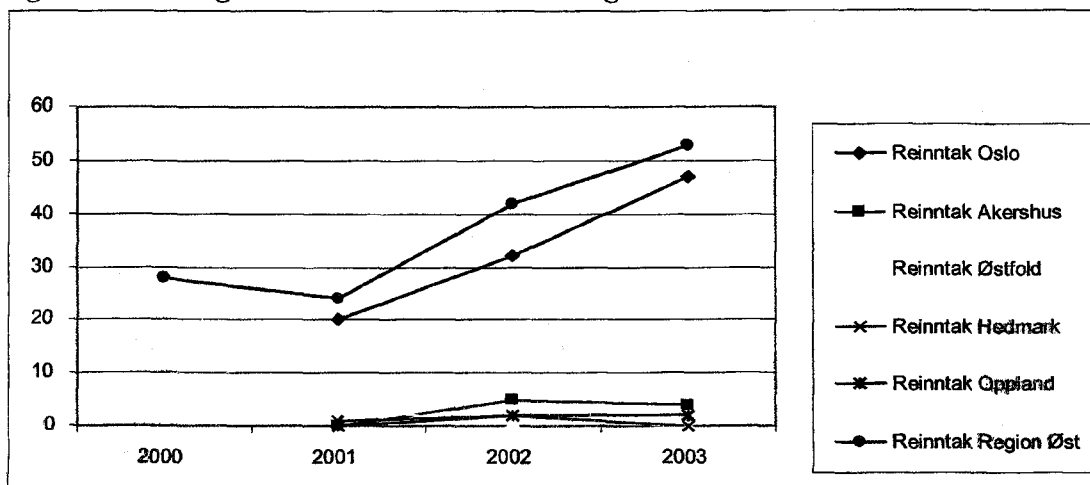
Tabell 12 viser at region Øst har hatt en jevn økning av førstegangsinntak i 2000–2002 og en nedgang til 2003. Stort sett er det en jevn økning av reinntak.

Figur 2 og 3 viser utviklingen i fylkene i regionen. Oslo har det største antallet inntak og et jevnt økende førstegangsinntak til 2002 men en nedgang i 2003. Reinntak i Oslo øker også. Det er økning av inntak i Akershus og Østfold til 2002, og en nedgang i 2003. Det er en nedgang i antall inntak i Hedmark og Oppland. For antall se tabellarisk oversikt se SKR 5/2004. Hvor mange hvor.

Figur 2. Utviklingen i antall førstegangsinntak i Helseregion Øst - 2000-2003



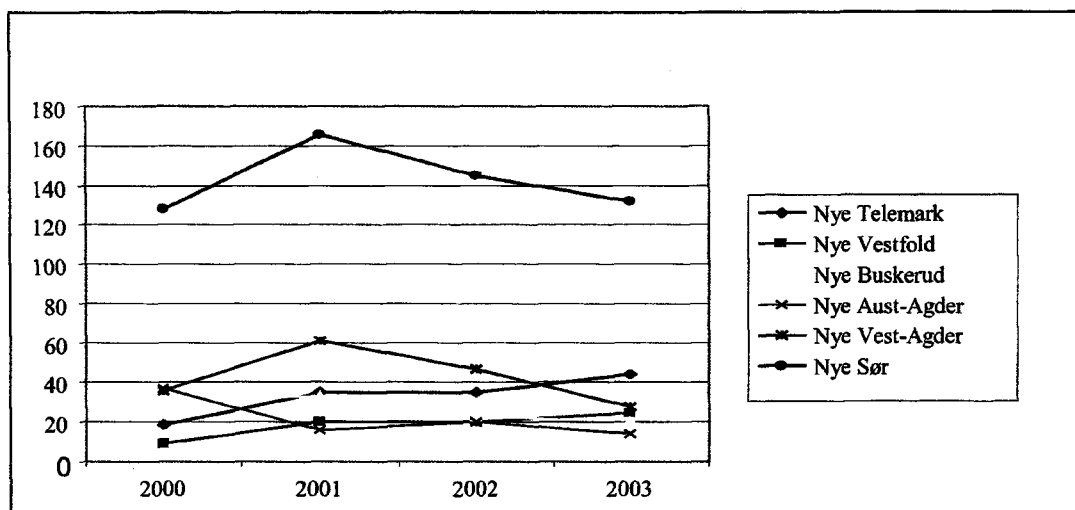
Figur 3. Utviklingen i antall reinntak I Helseregion Øst.



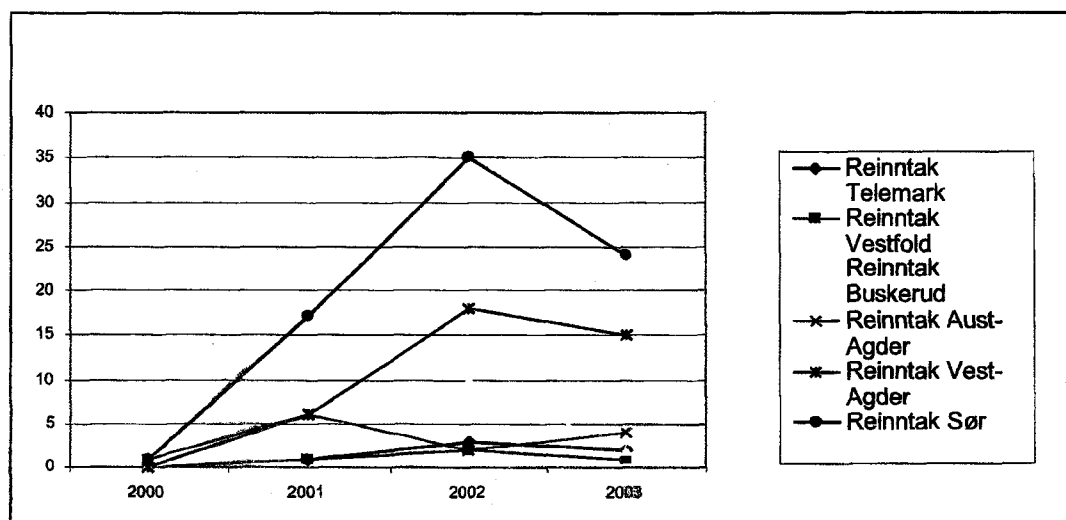
### 5.2.3 Inntak i Helseregion Sør

Tabell 12 viser at det var størst antallet førstegangsinntak i Helseregion Sør i 2001 og størst antall reinntak i 2002. I 2003 var det færre både av førstegangsinntak og av reinntak. Figur 4 og 5 illustrerer den fylkesvise utviklingen. Vi ser at LAR Vest-Agder tidlig utviklet stor aktivitet og hadde høyt antall inntak i 2001 men andelen reinntak senere i perioden har blitt relativt høyt. LAR Buskerud har hatt noe av samme utvikling men der har andelen reinntak falt igjen i 2003.

Figur 4. Førstegangsinntak inntak fylkene i Helseregion Sør



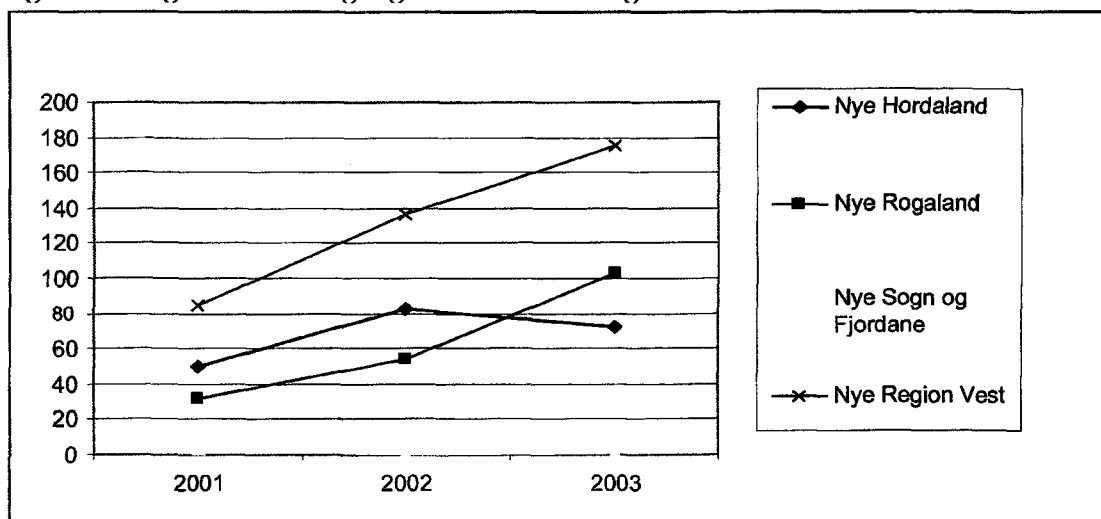
Figur 5. Reinntak i fylkene i Helseregion Sør



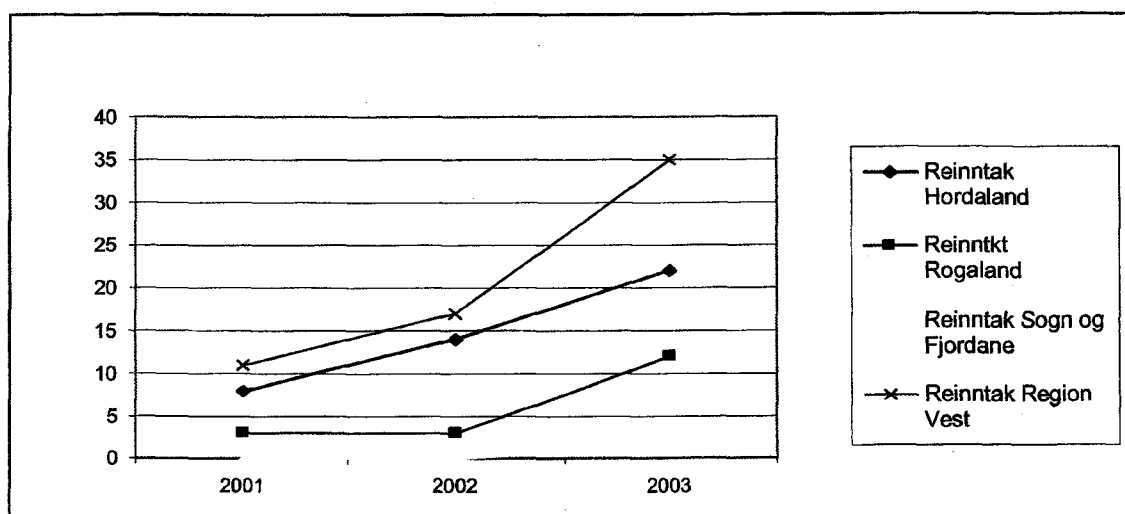
### 5.2.4 Inntak i Helseregion Vest

Tabell 12 viser at Helseregion Vest har hatt en jevn økning av både førstegangsinnntak og reinntak. Nærmere opplysninger er gitt i SKR 4/04 Hvor mange hvor. Figur 6 og 7 viser utviklingen. Vi ser at Rogaland har hatt særlig høyt førstegangsinnntak i 2003. Dette skyldes at tiltaket ble opprettet i 2002 og hele den gruppen av pasienter som hadde vært i behandling tidligere i tiltaket i Bergen, ble overført til LAR – Rogaland og registrert som nye der.

Figur 6. Årlig antall førstegangsinnntak i Helseregion Vest



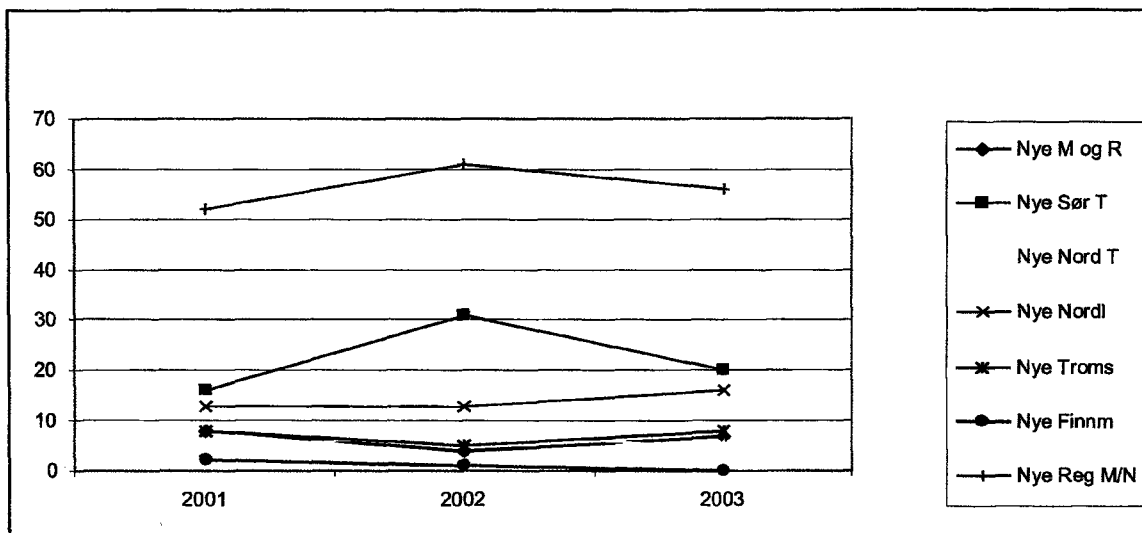
Figur 7. Årlig antall reinntak i Helseregion Vest



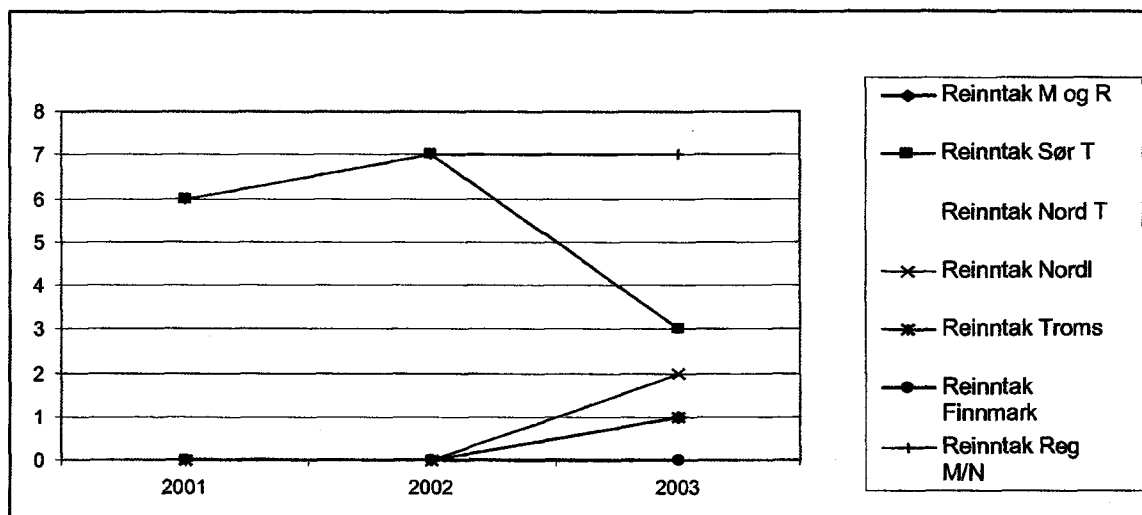
### 5.2.5 Inntak i Helseregion Midt-/Nord-Norge

Tabell 12 viser utviklingen i antall i regionen. SKR 6/2004 Hvor mange hvor. Figur 8 og 9 viser at utviklingen i Helseregion Midt- og Nord-Norge skiller seg ut ved å ha i et jevnt antall førstegangsinnntak og svært få reinntak. Hoveddelen av inntakene er i Sør-Trøndelag og Nordland. Reinntak er nesten utelukkende knyttet til Sør-Trøndelag som domineres av Trondheim hvor senteret ligger.

Figur 8. Årlig antall førstegangsinnntak i Helseregion Midt-/Nord-Norge



Figur 9. Årlig antall reinntak i Helseregion Midt-/Nord-Norge



## 5.2.6 Inntak på medisinsk grunnlag

I retningslinjene for LAR er det åpnet for at en kan se bort fra krav om tidligere behandling og fylte 25 år når det foreligger en alvorlig sykdom som ikke lar seg behandle uten stabilisering med metadon eller buprenorfin. MAR Øst har hatt en legegruppe sammen med somatisk medisinske avdelinger for å ta standpunkt til hvilke sykdommer dette gjelder. Søkere med alvorlige sykdommer har dessuten i betydelig grad blitt prioritert ved inntakene. I begge disse typene inntak er inntaket registrert som inntak på medisinsk grunnlag. Tabell 13 viser en oversikt over antallet slike inntak i de ulike regionene.

Tabell 13. Antall inkludert på somatisk grunnlag

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Region Øst	-	-	113	129	151	149
Region Sør	-	-	12	18	23	30
Region Vest	-	-	9	28	31	34
Region Midt-/Nord	-	-	4	6	9	9
Norge	-	-	138	181	214	222

Vi ser at det gjennom perioden 2000–2003 har vært økende inntak med begrunnelse i somatiske sykdommer både på landsbasis og i helseregionene. Vi ser også at problemstillingen særlig er aktuell i Helseregion Øst som hadde 67 % av denne typen inntak i 2003 men bare noe over halvdelen av alle inntak. Årsaken er både at Oslo har hatt en egen avdeling knyttet til dette og at det nok også er større sykkelighet blant søkerne. Hordaland med Bergen har også mange slike inntak. Det samme gjelder Akershus som i stor grad har felles miljø med målgruppen i Oslo.

## 5.2.7 Vurderinger

Antallet inntak har gradvis økt og har de senere årene ligget på over 700 inntak med en økende andel reinntak. Denne utviklingen er tydeligst i Helseregion Øst som har lengst historie. Det er en del regionale variasjoner. Helse region Sør har det vært stabilt antall inntak med økende antall reinnleggelser. I Region Vest har det blitt flere både av førstegangsinnntatte og reinntatte. Region Midt-/Nord-Norge har hatt nokså stabil situasjon men med synkende antall reinnleggelser særlig i Sør-Trøndelag.

Det er ikke så lett å se noe bestemt mønster i variasjonene ut over at de stedene som har holdt på lengst begynner å få økende reinntak. Samlet var det 17 % reinntak i 2003. Andelen hvor somatisk medisinske faktorer er vesentlig for inntaket har økt og er kommet opp 30 % for hele landet og langt høyere for Oslo. Dette kan gjøre at andre blir fortrent og får lenger ventetid.

### 5.3 Hvor mange venter hvor

Antall som venter er summen av de som venter på å få sin søknad behandlet (søkerliste) og de som har fått sin søknad godkjent men venter på å komme i gang med behandling (venteliste). I denne oversikten er disse tallene slått sammen i tabeller og figurer og kalt antall i ventesituasjon. På landsbasis var det 550 i ventesituasjon i 2003. Av disse ventet 197 på å få søknaden behandlet og 353 på behandlingsplass med innvilget søknad. I noen områder er det lite eller ikke søkerliste fordi det er kontakt mellom senteret og søkerinstansen før søknaden sendes. Søknaden er altså kvalitetssikret før den mottas og behandlingen blir mer en formalitet. Dette kan være effektivt men kan også føre til at enkelte søknader ikke kommer gjennom kravene i forbehandlingen.

Tabell 14. Antall og andel i ventesituasjon i Helseregionene og i Norge

Region	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	400	86	431	60	448	54	254	39	130	28	136	25
Sør	13	3	133	19	182	22	124	19	92	20	98	18
Vest	50	11	84	12	108	13	149	23	128	27	176	32
Midt-/Nord	1	0	65	9	90	11	122	19	121	26	140	25
Norge	464	100	713	100	828	100	649	100	471	101	550	100

Tabell 14 viser at det har vært flest som venter i Helseregion Øst gjennom hele perioden. Dette er ikke uventet siden regionen rommer en høy andel av landets tunge heroinbrukere og har noe over halvdelen i behandling. Vi ser også at antallet er redusert og at dette særlig skyldes reduksjon i Helseregion Øst. Fra og med 2002 er antallet i ventesituasjon derfor blitt nokså likt i Helseregion Øst, Vest, og Helseregion Midt- og Nord-Norge og noe lavere i Helseregion Sør. Etter ny økning i vestlandsfylkene i 2003 ble antallet i ventesituasjon størst i denne regionen.

Antallet har imidlertid størst betydning når det sees i forhold til behandlingsbehov og størrelse på inntaket. Dette er gjort i tabell 15 som viser antall pasienter i behandling og antall som tas inn i behandling sammen med antall og andel i ventesituasjon. Vi ser da at Helseregion Midt-/Nord-Norge har lav andel i behandling, lav andel av landsinntaket og høy andel av de som venter. I Helseregion Øst er det omvendt; høy andel i behandling, høy andel av inntaket og relativt sett lav andel av de som venter. De andre regionene ligger noe mellom dette. Helseregion Vest har høy andel som venter og nokså høy men likevel relativt sett noe lavt inntak.

Det er altså vesentlige forskjeller. Om en beregner ventetiden på grunnlag av månedlig antall inntak i 2003, vil ventetiden stipuleres til anslagsvis 3-4 mnd i Helseregion Øst, 7-8 mnd i Helseregion Sør og 9-10 mnd i Helseregion Vest og 2 år i nord.

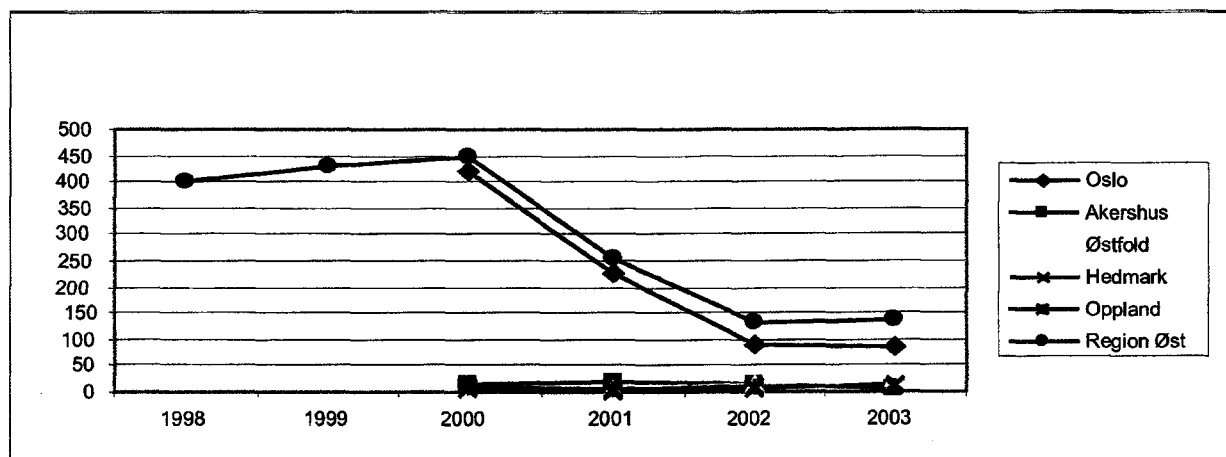
Tabell 15. Oversikt over antall i behandling, antall inntak og antall i ventesituasjon i regionene og i landet i 2003

Helseregion	I behandling		Inntak		I ventesituasjon	
	N	%	N	%	N	%
Øst	1313	54	494	53	136	25
Sør	495	20	159	17	98	18
Vest	438	18	219	23	176	32
Midt-/Nord-Norge	185	8	63	7	140	25
Norge	2431	100	935	100	540	100

Det må også understrekes at det er store forskjeller mellom de ulike tiltakene/fylkene innen regionen, og særlig i Helseregion Sør. LAR-enheten i Vest-Agder som er en del av MARIA har nesten ikke ventelister. Andre som Buskerud har økende venteliste, ikke minst fordi man har inntaksstopp på grunn av lav medikamentbevilgning.

### 5.3.1 Ventesituasjonen i Helseregion Øst

Figur 11. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Øst 1998-2003

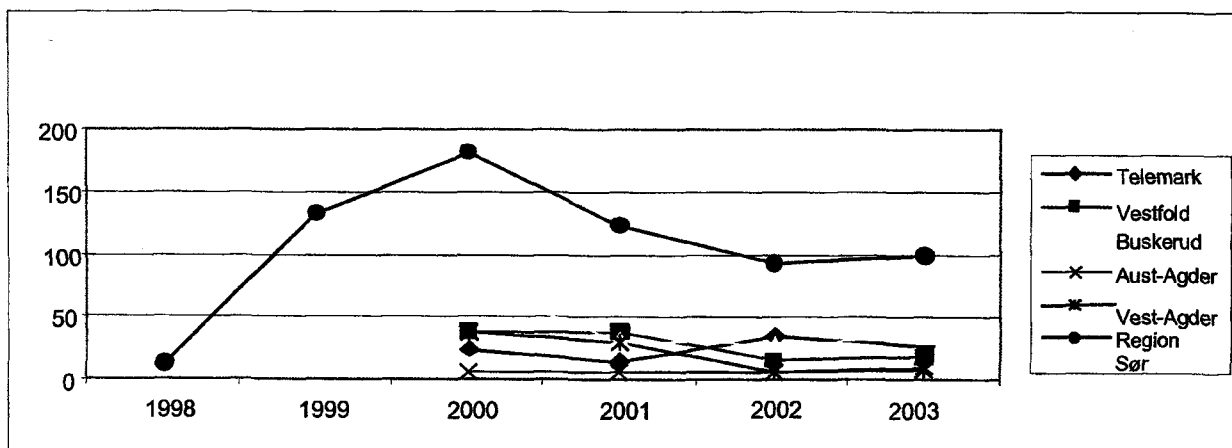


Oversikt og fylkesfordeling i Helseregion Øst fremgår av figur 11. Vi ser at kapasitetsproblemet i hovedsak stammer fra Oslo som har noe over halvdelen av pasienten i behandling. Vi ser også at det har vært en gradvis reduksjon i Oslo mens det har vært en langsom økning i ventetid i de andre fylkene bortsett fra Akershus hvor venteproblemet synes størst i 2001. For antall henvises til delrapporten SKR 6/2004 Hvor mange hvor. Om en legger månedlig antall inntak i 2003 til grunn, vil ventetiden i Oslo være 5-6 mnd, i Østfold, Akershus og Oppland være 2-3 mnd og i Hedmark 1 mnd. I 2004 ble imidlertid MARIO i Oslo delt i MAR Øst med spesialiststatus og MAR Oslo med status som kommunal institusjon etter Rusreform II. Etter dette har inntakstakten blir redusert og ventetiden økt.

### 5.3.2 Ventesituasjonen i Helseregion Sør

Av de 98 som var i ventesituasjon i Helseregion Sør, i 2003 sto 56 (57 %) på søkerliste og 42 på venteliste (43 %). Tabellarisk oversikt vises i delrapport SKR 6/2004.

Figur 12. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Sør



Figur 12 illustrer utviklingen. Vi ser at regionen som helhet hadde en økning i antall frem til år 2000 og deretter et fall til anslagsvis 100. Antallet har blitt halvert fra 2000 til 2003. Vi ser også at det er en tydelig forskjell mellom fylkene som deltar i MARIA- Aust- og Vest-Agder og de som har samarbeidet i det tidligere trefylkesamarbeidet, Vestfold, Buskerud og Telemark. De to første har hatt svært korte ventelister, særlig etter at Vest-Agder fikk redusert antallet i ventesituasjon fra og med 2002.

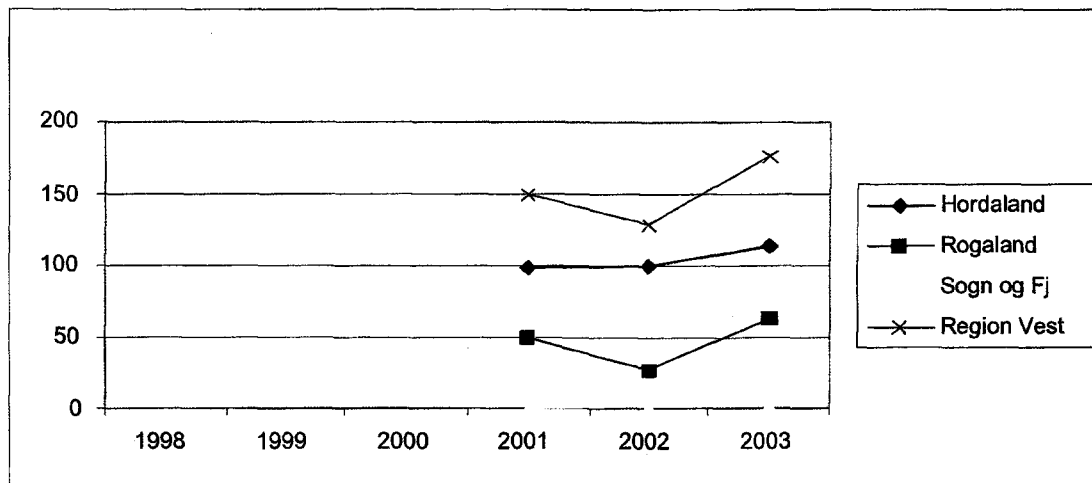
Dersom vi beregner antall inntak pr mnd i 2003 og forutsetter samme takt i inntaket, vil ventetiden være 17-18 mnd i Buskerud, 8-9 i Telemark og Aust-Agder, 6-7 i Telemark og 2-3 i Vest-Agder. For hele regionen blir den 7 – 8 måneder. Disse tallene forutsetter imidlertid at 2003 var et år med typisk i inntak og tilmelding av søkere.

### 5.3.3 Ventesituasjonen i Helseregion Vest

Av de 176 som var i ventesituasjon i 2003 vente 81 % på behandlingsstart (venteliste) og 19 % på behandling av søknaden (søkerliste). For nærmere tallopgaver henvises til delrapport SKR 6/2004. Figur 13 viser oversikt over antall, relativ fordeling hvert år mellom fylkene og utviklingen i perioden.



Figur 13. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Vest 1998-2003



Vi ser regionen som helhet hadde et fall i antall i ventesituasjon i 2002 som i alt vesentlig var knyttet til Rogaland hvor det åpnet et nytt senter – LAR Rogaland. I 2003 var antallet som venter igjen økt.

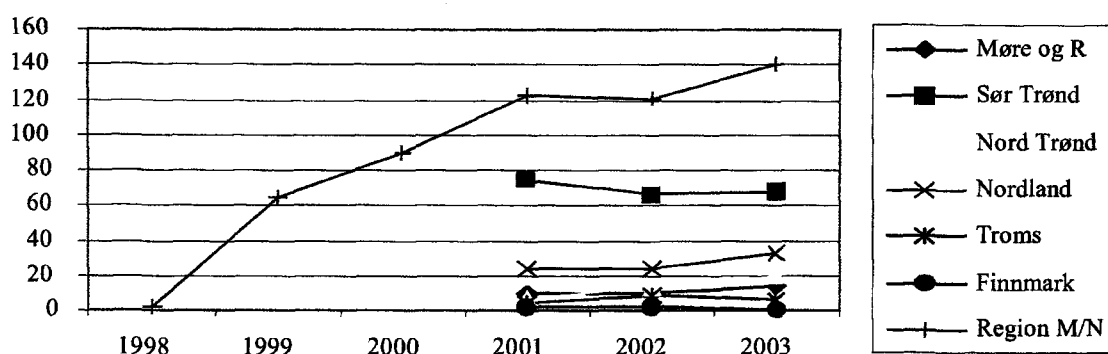
Om en beregner ventetiden på grunnlag av årlig antall inntak i 2003, vil ventetiden bli 14-15 mnd i Hordaland, 6 mnd i Rogaland og 5 mnd i Sogn og Fjordane. I hele fylket vil den bli 10 mnd. Disse tallene influeres imidlertid av at man i Rogaland fikk et høyt antall nye i nytt senter. Kapasiteten vil neppe tillate samme andel inntak videre slik at ventetiden reelt kan bli lenger.

#### 5.3.4 Ventesituasjonen i Helseregion Midt-/Nord-Norge

Av de 140 som ventet i 2003, sto 97 (69 %) på venteliste og 43 (31 %) på søkerliste. Nærmere talloppgaver vises i delrapporten SKR 6/2004. Figur 14 viser at det har vært en jevn økning fra de første pasientene kom inn i behandling i 1999. Etter 2001 har økningen særlig kommet i Nordland, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. I helseregionen som helhet ses derfor en økning av antall som venter i nesten hele perioden 1998 – 2003 med stagnasjon fra 2001 til 2002.

Vi ser også at det har vært høyest antall som venter i Sør-Trøndelag gjennom hele perioden men også at her har andelen sunket noe. Nordland som også har høyt antall har vist svak økning og Nord-Trøndelag har en jevn økning.

Figur 14. Ventesituasjonen i fylkene i Helseregion Midt-/Nord-Norge 1998-2003



Fylkene i Helseregion Midt-/Nord-Norge har hatt felles inntak gjennom MARiT i Trondheim. Det er først og fremst kapasiteten her som styrer tempo i inntaket. Men siden lokale forhold også har betydning, er antatt ventetid også i denne regionen beregnet på grunnlag av inntaket i 2003. Om inntaket dette året legges til grunn, er forventet ventetid 46 mnd i Nord-Trøndelag, 34 mnd i Sør-Trøndelag, 21 mnd i Nordland, og 7 mnd i Troms. Finnmark hadde ingen som var registrert i ventesituasjon. Problemene er altså størst i de fylkene som fra før har mange i behandling.

Fra og med 2005 skal Helseregion Nord-Norge ha et eget LAR-senter knyttet til Helse Nord RHF. Det kan forventes at dette vil øke inntakskapasiteten i de nordligste fylkene.

### 5.3.5 Vurderinger

Det foreligger ikke full oversikt over alle som på en eller annen måte venter på å komme i gang med LAR i Norge fordi det også er uformelle ventelister i sosialsentrene og en del mekanismer i noen sentre som gjør at enkelte kan gi opp å søke. Det er dessuten noen sentre som ikke registrerer søknadene før de er ferdige til behandling, dvs at det foregår en kvalitetssikring i samspill mellom sosialsenter og regionalt senter eller tiltak. LAR Vest-Agder og MARiT i Region Midt-/Nord-Norge har slik praksis.

Dette kan altså komme i tillegg til det registrerte antallet som enten venter på å få søknaden behandlet eller venter på å komme i gang etter godkjent søknad. Sett i landet som helhet har antallet i venteposisjon blitt sterkt redusert de siste årene etter at det først økte sterkt den første tiden etter lanseringen av LAR. Dette skulle i så fall antyde at inntaket er i ferd med å nå igjen søkermassen. Hoveddelen av fallet skyldes imidlertid sterk reduksjon i Oslo. I Vest er søkerlisten begynt å øke igjen etter forbigående fall i 2002. I Sør er det sterkt varierende situasjon. I et fylke som Vest-Agder er det nesten ikke ventetid mens den er økende i for eksempel Buskerud. Dette kan ha sammenheng med at LAR Buskerud har hatt spesielt lav bevilgning og har måttet gå til inntaksstopp av mangel på midler til medikamenter. Helseregion Midt-/Nord-Norge skiller seg ut ved å ha jevnt økende antall personer i venteposisjon gjennom hele perioden. I disse fylkene har ventetiden økt slik at den er opp i mer enn to år beregnet etter inntaket i 2003. Årsaken ligger ikke i lavere bevilgning enn til

andre områder og heller ikke i lavere bemanning slik at det mest nærliggende grunnen er organiseringen av arbeidet som særpreges ved særlig omhyggelig inntaksarbeid.

## 6 BEHANDLINGSMETODER

Målsettingen er en praksis hvor pasienten skal stabiliseres med et egnet medikament i et nivå hvor han eller hun har nøytralisert de neurobiologiske aspektene av avhengighet og kan bruke sine krefter sammen med et tverrfaglig sett av behandlere til å bedre sin livskvalitet og styrke sin psykososiale funksjon.

Med den raske utbyggingen av systemet og tilpasning til rådende situasjon i hele landet, er det mulig, kanskje sannsynlig at dette målet nåes i varierende grad. Kapitlet er lagt opp med separat undersøkelse av inntak og opptrapping, bruk av medikamentelle virkemidler og kontrollsystemer og bruk av psykososiale virkemidler. Det første er undersøkt i en egen undersøkelse med spørsmål til sentrene beskrevet i en egen delrapport; SKR 1/2004 Hvilken praksis har LAR-tiltakene for avvenning før oppstart og hvorledes gjennomføres dette? Tilbakemeldinger fra tiltakene 2003 beskriver en undersøkelse av inntak og opptrapping. De andre aspektene vurderes ved hjelp av statusundersøkelsene, se SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering 2002-2003.

### 6.1 Inntak, avvenning og opptrapping av medikasjonen

Da Stortinget i 1997 vedtok opprettelsen av et metadonbasert tilbud i 1997, ble modellen i stor grad bygget på svenske behandlingserfaringer (17;18). Det ble derfor lagt vekt på at pasienten skal avvennes fra all rusmiddelbruk før opptrapping med et LAR-medikament for å markere brudd med et rusmiddeldominert liv og sikre en medisinsk sett trygg oppstart. Behandlingen skal oppleves som en positiv ny mulighet og være en anledning til å samordne nødvendige hjelpeinnsatser og gjennomføre medisinske undersøkelser.

I mange land, og særlig i land som legger mer vekt på skadereduksjon enn på rehabilitering, er denne fremgangsmåten ikke vanlig. Her vil man ofte starte opptrappingen med vedlikeholdsmedikamentet under pågående rusmiddelbruk. Den mer omhyggelige modellen har vært anklaget for å kreve styrke fra svaktstilte pasienter slik at den kan virke som en barriere. På den annen side har det også kommet rapporter om dødsfall under opptrapping i enkelte land og beskrivelser av at metadonbehandlingen letter men ikke endrer et pågående misbruk.

#### 6.1.1 Metode

Undersøkelsen ble først drøftet og vedtatt i nasjonalt møte mellom LAR-sentre og tiltak og lagt opp som en skriftlig rapportering fra sentrene med svar på et spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål. Skjemaet ble revidert etter pilotundersøkelse. Skjemaet ble besvart av samtlige sentre og tiltak og svarene bearbejdet til en foreløpig rapport. Denne ble drøftet i nytt nasjonalt møte og revidert på grunnlag av diskusjon der. Den endelige rapporten er tatt til etterretning som dekkende i et tredje nasjonalt møte. Se rapporten SKR 1/2004 Hvilken praksis har LAR-tiltakene for avvenning før oppstart og hvorledes gjennomføres dette? Tilbakemeldinger fra tiltakene 2003 for nærmere beskrivelse v metode, spørsmål og tallmateriale. Her gjengis i hovedsak svar og vurderinger.

## 6.1.2 Spørsmål, svar og vurderinger

### 1. Praksis for avvenning før oppstart

Hovedreglene var fra starten av at pasientene alltid skulle avvennes fullt ut før den medikamentelle behandlingen begynte. Dette skulle dokumenteres ved at to urinprøver etter hverandre hadde vist fravær av rusmiddelbruk. Dersom pasienten mestret dette uten innleggelse, kunne opptrappingen gjennomføres poliklinisk. Klarte han eller hun det ikke, ble det forutsatt at pasienten skal legges inn i døgnavdeling for avvenning.

Svarene på spørsmålene viser at hovedreglen fortsatt er full avvenning de fleste stedene men at dette er moderert i alle sentre og endret i noen. 10 tiltak nevner spesielt at fallende verdier på cannabis kan aksepteres mens det er langt mer kritisk holdning til å starte opp pasienter som har et pågående bruk av benzodiazepinpreparater. To steder har tilbud om egen systematisk benzodiazepin nedtrapping etter stabilisering av med vedlikeholdsmedikamentet. Når det gjelder sentralstimulerende midler er praksis full avvenning. Når det gjelder morfinstoffer, godtar litt over halvparten oppstart på tross av opioid-positive prøver om annet rusmiddelbruk har opphørt. Det gjøres de fleste steder unntak når søkeren er i en eller annen form for kritisk helsetilstand.

Om en for evalueringsformål ønsker å undersøke effekten av å ha restriktiv versus mer liberal holdning, vil vi få en gradering. LAR-Rogaland, MARIT og fylkesteamene i Vestfold, Buskerud og Telemark aksepterer bare rene unntak knyttet til særlige kriser eller lave verdier i prøvene på slutten av avvenning. Disse kan grupperes i restriktiv retning. Fylkesteamene i Hedmark og Oppland godtar direkte oppstart når prøvene viser at det ikke brukes noe annet enn opioider. Metadonklinikken i Hordaland, behandlerne i Østfold og i tiltakene i Aust- og Vest-Agder godtar også at pasienten har cannabis i fallende verdier. Tiltakene plasserer seg derfor i en slags mellomgruppe. I Akershus er situasjonen sterkt varierende ved at praksis ved avvenningsklinikken medfører oppstart også ved positive prøver på benzodiazepin. I tillegg har fastlegenes vurderinger betydelig innflytelse. Senteret i Oslo befinner seg i den klart mest liberale ende av skalaen og har fast tilbud om oppstart av alle pasienter som er positive for opioider om de klarer å slutte med andre midler, legger liten vekt på om pasienten bruker cannabis og har prøveoppstart med Subutex uten forhåndsavvenning for pasienter som klarer å møte daglig.

### 2 Hvor skjer avvenningen?

Hovedreglen er at avvenning skjer i en døgninstitusjon. Poliklinisk avvenning skjer i imidlertid nesten alle steder. I Oppland og i Bærum er poliklinisk avvenning den vanlige formen. Aust- og Vest-Agder praktiserer noen ganger egen poliklinisk avvenning, mens dette er vanlig i Oslo.

I prinsippet kan alle typer medisinske institusjoner brukes til avvenning. Svarene viser likevel at den dominerende typen er avvenningsinstitusjon innen rusmiddeltiltakene. Fengsel nevnes av 5 tiltak. Teamene i Øvre og Nedre Romerike bruker alltid avvenningsinstitusjon.

Kapasiteten i slike institusjoner er de fleste stedene for liten.

Nært samarbeid med og innflytelse i egen eller nærstående institusjon bedømmes svært positivt.

### 3. Spørsmål om "kvoter"

Begrepet kvoter beskriver en praksis som egentlig ikke skal forekomme verken etter Helsetilsynets veiledere eller etter retningslinjene for LAR. Lange ventetider har noen steder gjort det vanskelig å være konsekvent og i noen grad ført til uklar/annen praksis. Praksis er undersøkt meg egne spørsmål.

Svarene viser at "kvote"-spørsmålet håndteres ulikt. 12 tiltak har som policy at man alltid avviser slike spørsmål med henvisning til at kvoter frarådes. Noen steder kan man likevel gi råd med henvisning til Helsetilsynets veileder IK-2755. Syv tiltak aksepterer forskrivning til pasienter som venter på ordinært inntak etter godkjent søknad og fem har en eller annen form for samarbeid. MARIT har utviklet et "avtalesystem" som godkjenner dette etter en spesiell "søknad". Ansvaret er lagt til fastlegen og sossialsenteret. Senteret betaler ikke medikamentet. Tiltakene i Oppland, Oslo og Østfold har aksept for systematiske opplegg med direkte overgang forutsatt bare opioider.

Konklusjonen er at tiltakene bør bli mer enige om når og på hvilken måte en skal akseptere forskrivning av avhengighetsskapende stoffer. Det bør bli enighet om hvorledes man håndterer ventetid og eventuelt utvikles modeller for systematisert samarbeid med fastleger.

### 6.1.3 Samlete vurderinger

Den opprinnelige modellen har generell tilslutning som en god metode for å sikre ordnet oppstart, god planlegging og samordnede innsatser. Den praktiseres også de fleste steder men modellen er tilpasset på flere måter. Dels gjøres det unntak ved ulike former for kriser og dels startes pasienter som ikke er fullt ut avendt fra alle typer rusmidler før oppstart. Det synes å være en gradient fra sentre som bruker modellen tydeligere i sin opprinnelige form til sentre som godtar oppstart for pasienter om de har sluttet med alt annet enn opioider, eventuelt har restfunn fra cannabisbruk. Minst avvik fra modellen finnes i MARiT i Trondheim og mest i Oslo.

Forskjellene kan gjøre at det er vanskeligere å avvike venteproblemet i sentre med restriktiv praksis. De kan også bidra til ulike resultater i forhold til behandlingsresultater fordi en mer liberal praksis kan svekke kraften i rehabiliteringen. Sentrene opplever press for forskrivning til pasienter som venter og har noe ulik praksis i rådgivningen. Enkelte har utviklet praksis for mer systematisk samarbeid med leger i slike situasjoner.

## 6.2 Psykososiale virkemidler

LAR skal være en langsiktig rehabiliteringsprosess hvor medikamentet (metadon eller buprenorfin) skal brukes til å nøytralisere de neurobiologiske omstillingene forårsaket av langvarig heroinbruk (eller andre morfinstoffer). Behandlingen skal startes på en ordnet og ryddig måte hvor pasienten, sossialsenteret, fastlegen og LAR-senteret inngår en kontrakt om å følge en oppsatt tiltaksplan, strukturert med utgangspunkt i pasientens egne problemer og målsettinger. På dette grunnlaget skal det utformes en avtale, ofte knyttet til en ansvarsgruppe, med tilbakevendende evalueringsmøter og planjusteringer.

Behandlingen fortsetter etter opptrapping og stabilisering med metadon eller buprenorfin et medikamentnivå tilpasset den enkeltes subjektive opplevelse av ruskontroll og velvære. Stabiliseringen følges med urinprøver for å sikre at behandlingen er effektiv. Det legges vekt på sikkerhet med daglig utlevering av medikament og inntak under tilsyn for å sikre at medikamentet brukes riktig og for å forhindre salg og annen viderefremdling av medikamentet.

Når pasienten er stabil og prøvene viser ruskontroll, kan kontrollaspektet nedtones og frihetsgraden økes slik at pasienten kan få med seg medikament hjem for opptil en uke.

Samtidig skal det foregå en aktiv rådgivning og trening i forhold til rusmestring og tilbakefallsreducerende rådgivning. Pasienter som har psykiske problemer skal få ulike former for psykiatrisk behandling og samtaler med psykolog om dette er indisert. Somatiske sykdommer og plager skal behandles av fastlege og aktuelle spesialister. Det skal settes i verk sosiale tiltak og trening i forhold til sosial mestring og problemløsning sammen med tiltak for å løse familievansker og bedre det sosiale nettverket og skape en aktiv fritid. Arbeidet skal starte under tett oppfølging fra spesialistnivå på rusbehandlingssiden, fortrinnsvis i LAR-senter. Når pasienten, sosialsenteret og fastlegen mestrer situasjonen sammen, skal ansvaret overføres i sin helhet til legen og sosialsenteret. Dette arbeidet kan eventuelt legges opp med systematiske sjekkpunkter og strategi for fremdrift.

Spørsmålet er om denne modellen følges i praksis. Kritiske røster har hevdet at LAR-sentrene i praksis mest sørger for kontroll og urinprøver. Andre har hevdet at kontrolltiltakene raskt blir borte om LAR-sentrene ikke følger opp. Det er dessuten stor forskjell i hvor lenge og hvor tett sentrene følger den enkelte pasient. Disse forholdene belyses ved delrapport SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter under legemiddelasistert rehabilitering 2002-2003.

## 6.2.1 Metode

Statusrapportens angir andel med minst én kontakt siste 30 dager på flere områder. Dette er beregnet på landsbasis og i forhold til regionene.

Forskjellene er analysert i forhold til fylkesvis fordeling fordi det er store forskjeller innen regionene. Fordelingene er rangert fra høy til lav kontakt og vises i forhold til avvik fra kontaktfrekvensen i landet. Avvik som er signifikante på 0,05-nivå vises ved skravert kolonne. Både prosentavvik og antall i behandling hvert sted vil ha betydning. Dette gjør at en kolonne som viser stort prosentavvik likevel ikke viser en forskjell på signifikant nivå fordi antallet (prosentbasis) er lavt. En kortere kolonne kan derfor være skravert.

## 6.2.2 Kontakt med behandlere siste fire uker

Hvilke kontakter har pasienten hatt de siste 30 dagene før registreringene? Tabell 16 gir en oversikt men sier ikke noe om frekvensen av kontaktene eller kvaliteten på dem.

Tabellen viser et stabilt bilde fra 2002 til 2003. Noe over halvdelene har hatt kontakt med sin sosialkonsulent siste fire uker og omtrent det samme antall hatt møter i ansvarsgruppen. Noe færre har hatt kontakt med LAR-konsulent og enda færre med LAR-lege.

Når bare halvdelene har hatt kontakt siste måned, betyr dette at det må være mange som har lavfrekvent kontakt. Mønsteret er at pasienten har hatt mer kontakt med sosialsenteret enn LAR-senteret og at ansvarsgruppen er et sentralt instrument.

Det synes å være betydelige regionale forskjeller. I Helseregion Midt- og Nord-Norge har en vesentlig høyere andel hatt kontakt med sosialtjenesten og med LAR-konsulent enn i de øvrige regionene. Bruken av ansvarsgrupper ser imidlertid ut til å være noe lavere i denne regionen.

Tabell 16. Andel som har hatt minst én kontakt med sentrale behandlingskontakter siste 30 dager i landet og i regionene. Prosentangivelser. For antall se SKR 4/2004.

	LAR- konsulent	Sosial- konsulent	Ansvars- gruppe	LAR-lege

	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002
Øst	40	37	53	52	52	51	39	36
Sør	37	27	46	45	69	68	41	36
Vest	32	31	60	38	51	43	7	7
M/Nord	81	84	87	81	37	42	61	58
NORGE	41	38	55	51	55	53	35	34

Kontakten med LAR-legen ser ut til å være absolutt lavest i Helseregion Vest som til gjengjeld har en klar økning i kontakt med sosialkonsulent, fra 38 % til 60 %, og en økning i antall pasienter med ansvarsgruppe. I Helseregion Sør er det en økning på 10 % i antall pasienter som har kontakt med LAR-konsulent, og en liten økning i antall i kontakt med LAR-lege.

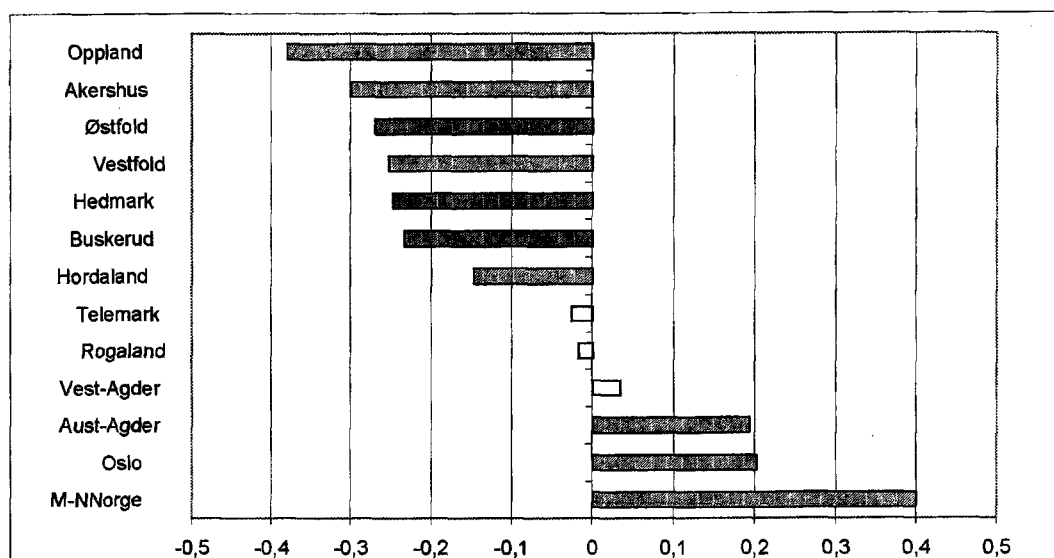
### 6.2.3 Kontakt med LAR-konsulent – fylkevis forskjeller

Tabell 16 viser at 41 % av pasientene hadde minste en kontakt med sin LAR-konsulent siste 30 dager i 2003, litt høyere andel enn året før. Andelen var høyest i region Midt-/Nord og lavest i Region Sør. Figur 15 viser variasjonen fordelt på de enkelte behandlingssteder i forhold til prosentandelen i landet. Vi ser at det er svært store variasjoner. Om vi bruker de ulikhetene som er statistisk signifikante, ser vi at LAR-apparatet har to ulike mønstre. Region Midt- og Nord-Norge, Aust-Agder og Oslo har høy bruk av LAR-konsulenter mens fylkene utenom Oslo i Helseregion Øst og to av tre fylker i Trefylkesamarbeidet har svært liten eller ingen slik praksis. Noen fylker som Vest-Agder har en praksis som svarer til en mellomstilling.

I fylkene utenfor Oslo i Helseregion Øst er behandlingen lagt opp som et samarbeid mellom spesialisert rustjeneste, kommunale sosialkontorer og fastlege. Det er veiledning og noen grad av oppfølging fra senteret i Oslo, men egentlig LAR-konsulent i LAR-senter er ikke tilgjengelig. Behandlingen i disse fylkene kan vurderes i forhold til høy grad av desentralisering og lav bruk av spesialiserte LAR-ressurser. (Hedmark har hatt egne fylkeskommunalt ansatte LAR-konsulenter).



Figur 15. Andel som har hatt kontakt med LAR-konsulent siste fire uker. Fylkesforskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



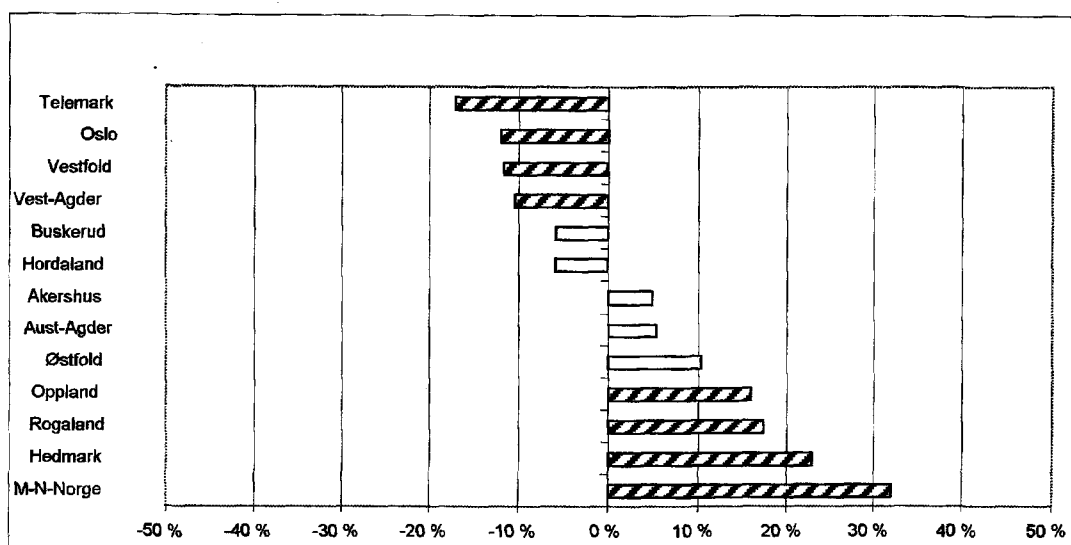
#### 6.2.4 Kontakt med sosialkonsulent – fylkesvise forskjeller

Behandlingen søkes gjennom sosialsenteret. Langsiktig rehabiliteringsarbeid skal være forankret i det lokale sosialsenteret. Det er også vanlig at ansvarsgruppearbeidet ledes av sosialsenterets deltaker. 55 % hadde minst en kontakt med sin kontakt på sosialsenteret siste måned i 2003, litt høyere enn året før.

Figur 16 illustrerer variasjon i kontakt med sosialkonsulent i de ulike fylkene. Det er betydelige forskjeller. Senteret som betjener fylkene i Midt- og Nord-Norge rapporterer om høyest andel med sosialsenterkontakt og klart høyere enn prosentandelen i landet. I dette området er det altså både høy andel med kontakt med LAR-konsulent og med sosialkonsulent fra sosialsenteret. Et annet tydelig trekk er at fylkene utenom Oslo i Helse-region Øst beskriver også høy andel med sosialsenterkontakt, spesielt tydelig Hedmark og OPPLAND. Dette er de fylkene som rapporterte lav kontakt mellom LAR-konsulent og pasient. Dette er altså fylker som ser ut til å satse mye på sosialsentrene i LAR-arbeidet. Rogaland har også høy prosentandel i kontakt med sosialkonsulent, men har ikke spesielt høy med LAR konsulent.

Det er videre et tydelig trekk at Oslo rapporterer om nokså lav andel med sosialsenterkontakt mens kontakten med LAR-konsulent ble beskrevet som høy. Dette er altså senter hvor sosialsenterets deltakelse og forpliktelse kan se ut som lav. Trefylkessamarbeidet med Vestfold, Telemark og Buskerud med egne LAR-team, ser også ut til å rapportere om relativt lav kontakt med sosialsentrene.

Figur 16 Andel med kontakt med sosialkonsulent siste fire uker, vist som avvik i %-poeng fra totalandel i Norge vist som 0-verdi på x-aksen. Skravert = signifikant på 0,05 nivå.



Tallmaterialet (Se SKR 4/2004) viser at det i betydelig grad er ukjent om pasienten har hatt kontakt med sosialsenteret. Dette gjelder særlig Akershus, Hordaland, Buskerud og Oslo. Dette gjør tolkningen av funnene usikre.

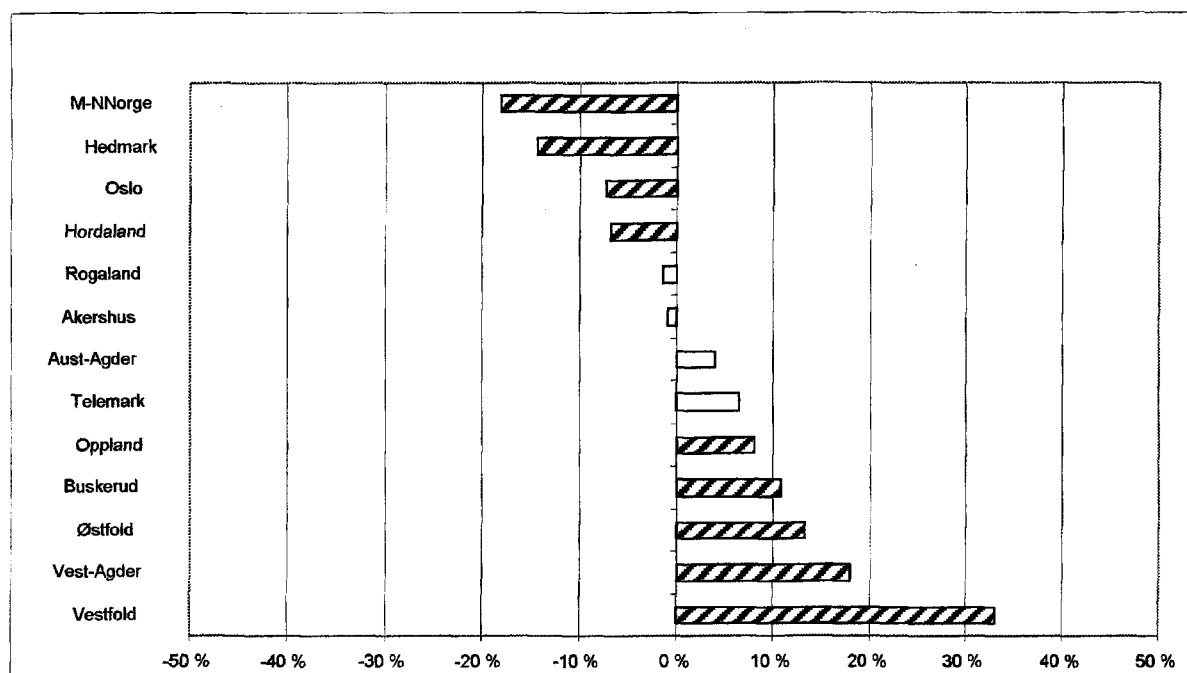
### 6.2.5 Bruk av ansvarsgrupper – fylkesvise forskjeller

Ansvarsgrupper er blitt et sentralt virkemiddel innen sosialsektoren og i samarbeidet mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester i forhold til sammensatte rehabiliteringsoppgaver. I forhold til LAR står ansvarsgruppene sentralt selv om det ikke er pålagt med ansvarsgruppe for pasientene.

Ansvarsgruppemøter er et relativt tungt instrument som krever at mange møter.

På denne bakgrunn er det betydningsfullt at det har vært holdt ett eller flere møter for mer enn halvdel av pasientene (tabell 16).

Figur 17. Andel hvor det har vært holdt ansvarsgruppemøte siste fire uker. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



Figur 17 viser at det er fylkene utenfor Oslo i Helseregion Øst (frasett Hedmark) og fylkene i Trefylkesamarbeidet (Vestfold, Buskerud og Telemark) som rapporterer om høyest andel med slike møter. Midt- og Nord-Norge ligger lavest, og dette henger sammen med svært store geografiske avstander i regionen og betydelig vekt på telefonsamarbeid. I denne formen har en altså ikke vektlagt ansvarsgrupper i samme grad som andre steder. Oslo har også få møter, og dette kan avspeile at samarbeidet mellom senteret og sosialsentrene i bydelene er svakere utviklet enn samarbeidet med kommunene de fleste andre steder.

### 6.2.6 Kontakt med LAR-legen – fylkesvise forskjeller

Med LAR-lege menes den legen som forskriver vedlikeholdsmedikamentet. I noen områder har LAR-sentrene egne leger som forskriver medikamentet til pasienten er stabilisert. Etter dette er det meningen at hele behandlingen, forskrivningen av LAR-medikament, skal overføres til fastlegen som inngår i et behandlingsteam, ansvarsgruppe sammen med sosialsenteret. I andre områder er det imidlertid ikke særlige LAR-leger, og medikamentet forskrives fra første dag av fastlege etter at selve behandlingen og planleggingen av den er godkjent av LAR-senteret.

Tabell 17. Forskrivende instans i LAR-tiltakene i landet og i regionene. Prosentangivelse. Kategorien "andre" ikke vist.

Helseregion	Lege i LAR 2003, %	Fastlege 2003, %	Lege i LAR 2002, %	Fastlege 2002, %
Øst	46	50	48	49
Sør	38	60	38	60
Vest	89	11	97	2
Midt-/Nord-Norge	17	82	39	60
Norge	50	48	50	47

Tabell 17 viser en oversikt. Vi ser at halvdel av pasientene i landet fikk forskrevet sin medikasjon fra LAR-lege både i 2002 og i 2003. I Helseregion Vest hadde i 2002 nesten ikke forskrivning fra fastleger. Dett ble mindre uttalt i 2003 men fortsatt har 9 av 10 pasienter LAR-lege. I Midt-/Nord-Norge har endringene gått i samme retning. Prosentene summerer ikke til 100. Dette skyldes at sykehusleger, kommuneleger og andre har vært forskrivende instans for LAR-medikasjon i noen tilfeller.

Tabell 16 viser at noe over en tredjedel har hatt kontakt med den legen som forskriver medikamentet siste 30 dager. Kontakten med sosialkonsulentene og LAR-konsulentene er med andre ord hyppigere. Dette er naturlig innenfor en modell hvor medikamentbruken skal gjøre annen behandling mulig. Figur 18 viser avvik fra landsandelen på 35 % slik vi finner det i fylkene.

Figur 18. Andel med kontakt med LAR-forskrivende lege siste fire uker, fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



Høyest kontakt ser det ut til å være i fylkene i Helseregion Øst utenfor Oslo, i Region Midt-Norge og i Trefylkesarbeidet, områder som ikke har egen LAR-ansatt lege eller i utpreget grad satser på å utbygge ansvaret til fastlegene. Fastlegene er i disse områdene er med andre ord svært sentrale i arbeidet. Der hvor fastlegen har forskrivningsansvaret ser det derfor ut til at pasienten treffer forskrivende lege nærmere. Opplæring og veiledning av slike leger må åpenbart være en viktig oppgave. I Rogaland og Hordaland hvor forskrivningen skjer fra leger

ansatt i LAR-sentrene, ser det ut til å være mindre liten kontakt. Dette kan skyldes at kontakten formidles av medarbeider i teamet innenfor en tverrfaglig struktur. Noe av det samme gjelder Oslo.

### 6.2.7 Vurderinger

Denne rapporten bygger på forekomsten av minst en kontakt mellom pasienten og ulike behandlere siste 30 dager før rapporteringen. Når rundt halvdelen mangler kontakt med en eller flere av kontaktene peker det mot en betydelig andel med lite aktiv rehabilitering. Bak det som er registrert av kontakter kan det ligge store variasjoner i intensitet og kvalitet av rehabiliteringsarbeidet. Det vi kan si, er at noen elementer som bruk av ansvarsgrupper eller kombinasjoner av kontakter med sossialsenter, LAR-senter og fastlege ser ut til å være et mønster for en betydelig del. Vi kan også peke på at det er en del tydelige forskjeller når vi kommer ned på fylkesplan.

Ett mønster er høy grad av kontakt med sossialsenter, fastlege og LAR-senter. Dette er særlig tydelig i Region Midt-/Nord-Norge. Ett annet mønster som er særlig tydelig i fylkene rundt Oslo er størst frekvens av kontakt med fastlege og sossialsenter under veiledning og oppfølging av spesialisert rustjeneste. Ett tredje mønster som særlig sees i Oslo er at kontakten først og fremst skjer med LAR-konsulent.

En observasjon som kan være viktig, er at legekonsulten ser ut til å være tettere der hvor pasienten har forskrivning gjennom sin fastlege. Det avgjørende spørsmål i den forbindelse er om legen har nødvendig kompetanse og støtte.

## 6.3 Medikamentbruk

De sentrale medisinske virkemidlene i LAR er at avhengigheten av morfinstoffer blir nøytralisert men en egnet opioid agonist, at doseringsnivået blir kontrollert med blodprøver og at behandlingen kontrolleres av urinprøver. Disse forholdene er bedømt etter tertialrapportering til MAR Øst (Se SKR 5/2004 Hvor mange hvor?) og den årlige statusrapporteringen (Se SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter i LAR 2002 og 2003). I

### 6.3.1 Hvilket morfinstoff er brukt?

Medikamentell vedlikeholdsbehandling er utviklet på grunnlag av metadon. Senere er en del andre stoffer forsøkt. Ett metadonliknende medikament som heter LAAM har vært brukt en del men er aldri registrert i Norge. Høydose buprenorfin – Subutex® – ble imidlertid registrert til bruk i LAR i 2000. LAR-sentrene i Oslo, Vest-Agder og Bergen var involvert i forsøksprosjekter med midler fra Sosialdepartementet som da var ansvarlig departement. Etter dette har medikamentet blitt tatt i bruk i økende grad som det fremgår av tabell 18.

Tabell 18. Antall og prosentandel behandlet med buprenorfin i landet og i regionene (i behandling pr 31.12. hvert år)

	2000	2001	2002	2003

	N	% av antall i behandl.	N	% av antall i behandl.	N	% av antall i behandl.	N	% av antall i behandl.
Øst	41	6	17	2	78	7	106	8
Sør	15	6	32	9	73	17	96	19
Vest	54	45	92	49	180	63	276	63
Midt/Nord	0	0	3	3	10	7	6	3
Norge	110	10	144	10	341	17	484	20

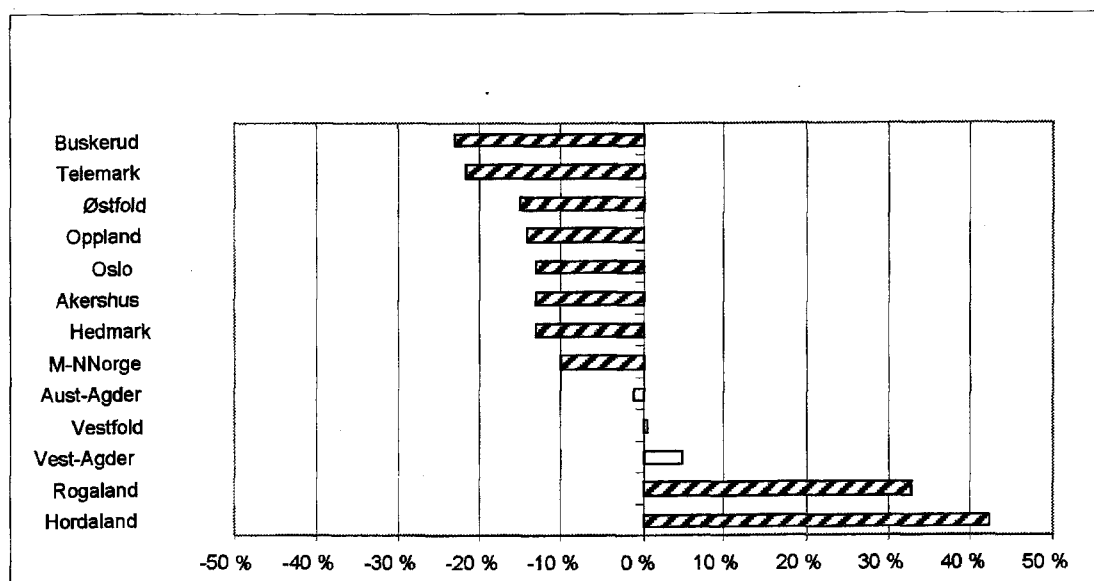
Vi ser at det har vært en sterk økningen i Helseregion Vest slik at dette er det vanligst brukte medikamentet i denne regionen mens det i hele landet var 484 (20 %) av 2431 pasienter som ble behandlet med Subutex®. I Helseregion Vest var det 276 (63%) av 438, i Helseregion Sør 96 (19 %) og i Helseregion Øst 106 (8%) av 1313.

Tabell 19. Hvilket medikament er forskrevet i Norge og i regionene. Oversikt for 2002 og 2003. Prosentangivelser

Helseregion	2003		2002	
	Metadon	Subutex®	Metadon	Subutex®
Øst	89	9	89	8
Sør	78	22	83	16
Vest	38	61	41	59
Midt-/Nord-Norge	87	13	92	7
Norge	76	23	82	16

Vi har sett nærmere på dette ved hjelp av statusdata som viser hvilke medikamenter som ble forskrevet høsten 2002 og 2003 (tabell 19). Vi ser at mer enn tre fjerdedeler av pasientene ble behandlet med metadon, men vi ser også at bruken av buprenorfin øker. Vi ser videre at det er en betydelig regional forskjell. Buprenorfin brukes vesentlig mer i Helseregion Vest. I fylkesvis oversikt (figur 19) kommer forskjellene enda klarer frem. Vi har nærmest en todeling hvor de som bruker buprenorfin bruker signifikant mer enn andelen i landet og de som ikke gjør det signifikant under (se SKR 4/2004).

Figur 19. Andel pasienter med buprenorfinbehandling vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen



Det er ikke mulig å finne noen medisinsk grunn for dette mønsteret. Forskjellene er derfor i første rekke historisk begrunnet. Helseregion Vest hadde et større forsøksprosjekt hvor buprenorfin ble tatt i bruk som førstevalg med forskrivning av fastleger. Dette synes å ha ført til en sedvane for valg av buprenorfin. Det var også prosjekter i Oslo og i Vest-Agder. Disse undersøkte andre problemstillinger og har ikke i samme grad influert standard praksis. Ved sammenlikninger mellom Helseregion Vest og resten av landet, bør vurderingene ta hensyn til svært ulike praksis for valg av medikament.

### 6.3.2 Medikamentdoser

Den vanligst internasjonalt anbefalte dosering av metadon ligger i nivået 80 – 130 mg/dag. Det anbefalte nivået har økt i forhold til tidligere anbefalt doseringer. Lave doseringer gir svakere resultater mens det er spørsmål om høyere doseringer kan gi mer komplikasjoner og eventuelt bidra til lekkasje til illegalt marked. Undersøkelsen gir opplysninger om gjennomsnittlige doseringer men ikke om maksimal eller minimal dosering.

Tabell 20. Gjennomsnittlige dosering i landet og i regionene i 2002 og 2003

	Metadon i mg		Buprenorfin i mg	
	2003	2002	2003	2002
Øst	103	118	16	16
Sør	113	112	22	15
Vest	91	95	15	16
Midt-/Nord-Norge	139	133	25	22
Norge	112	133	25	22

Anbefalingene for dosering av buprenorfin har også endret seg. I de første beskrivelsene ble det anbefalt et doseringsnivå på 8 mg. Dette er senere endret til 16 mg. På grunn av den såkalte tak-effekten (liten økning i effekt når doseringen økes over et visst nivå), ble det antatt at videre økning ikke ga tillegg i effekt. Dette er det i dag mindre enighet om, og enkelte steder anbefales i dag videre økning til 24 mg, av og til enda høyere. 16 mg anses vanligvis likeverdig med 100 mg metadon.

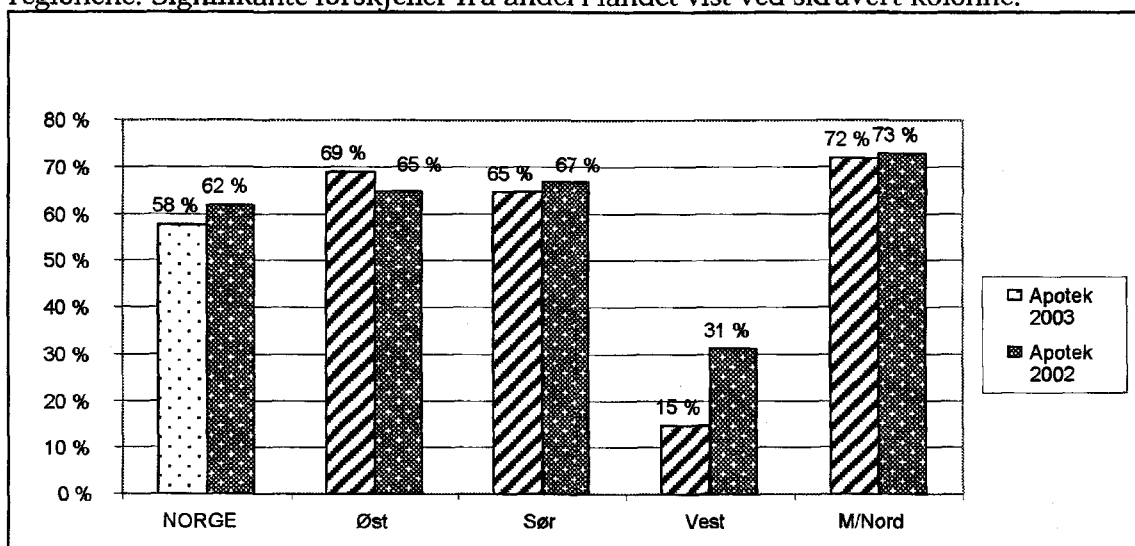
Tabell 20 viser at vi i Norge doserer i øvre del av det anbefalte området. Vi ser også at doseringen på landsbasis er tilnærmet uendret, mens det har vært en økning fra 2002 til 2003 i region Midt-/Nord-Norge som fra før av ligger høyest. Region vest og øst har en liten nedgang i region vest mens det ikke er noen endring i Region sør. Tabellen viser doseringsnivået for buprenorfindoser også har økt. Årsaken er først og fremst økt nivå i Region Sør. Det er også en liten økning i helse Midt-/Nord-Norge. I Helseregion Øst og Vest er doseringen nokså uendret.

Det er vanskelig å se noen spesiell grunn til forskjellen. Tendensen ser ut til å være at der hvor en velger høy dosering av metadon, er det også en tendens til å dosere buprenorfin høyere.

### 6.3.3 Hvor utleveres medikamentet og hvor ofte skjer det?

Medikamentene er avhengighetsskapende morfinstoffer. Den enkelte kan ha vanskelig for å styre bruken konstruktivt. Det er dessuten fare for salg av preparatet og for formidling til personer som ikke er tilvendt bruken. Dette kan gi dødsfall. De fleste behandlingstilbud bygger derfor på at medikamentet utleveres daglig under tilsyn. Det kan imidlertid føre til kapasitetsproblemer og lange reiseveier dersom utleveringen skal skje ved sentre eller spesielle sentraler. Figur 20 viser at nesten seks av 10 får sitt medikament i apotek.

Figur 20. Andel av pasientene som får medikamentet utlevert i apotek; nasjonalt og i regionene. Signifikante forskjeller fra andel i landet vist ved skravert kolonne.

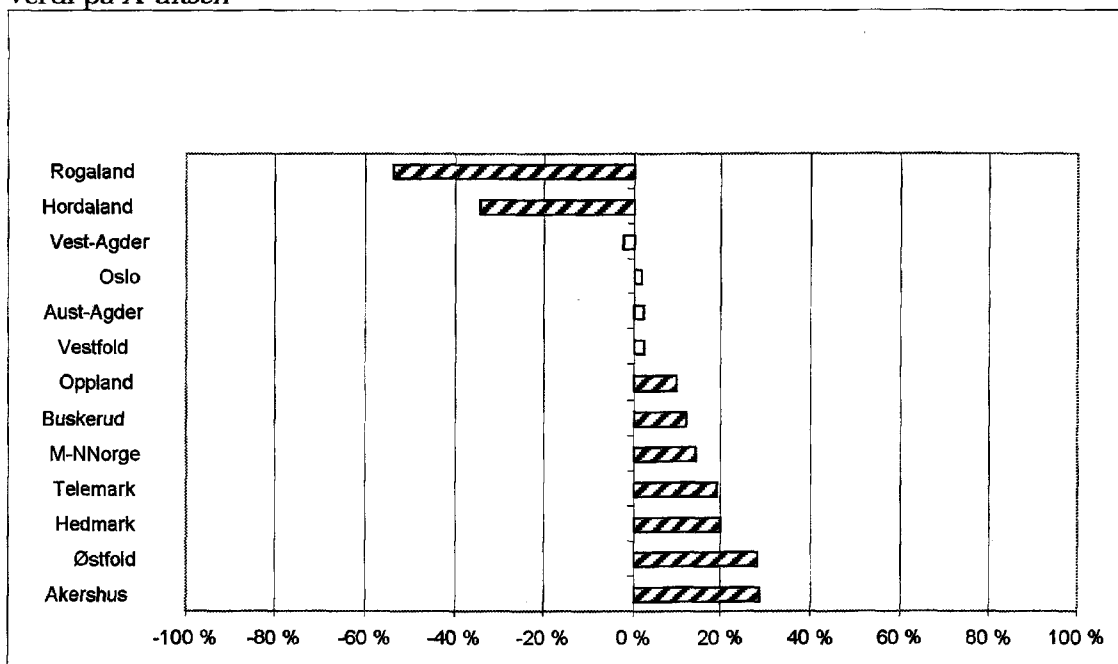


Om en ser på den fylkesvise fordelingen vist i figur 21 kommer forskjellene enda tydeligere frem. Vi ser at alle fylkene i trefylkes samarbeidet og i fylkene i Helseregion Øst utenom Oslo bruker apotek signifikant mer enn andelen i landet og i vestlandsfylkene signifikant mindre. I



Rogaland brukes i stor grad hjemmetjenesten og andre kommunale instanser mens man i Hordaland i stor grad har utlevering i legesentrene.

Figur 21. Andel av pasientene som får medikamentet utlevert i apotek. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel i Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen



#### 6.3.4 Ukentlig antall utleveringer og forekomst av ”ta-hjem-doseringer”

Etter retningslinjene skal behandlingen bygge på at pasienten kommer og får sin daglige medisin hver dag. Det sier seg selv at dette er et betydelig inngrep i den enkeltes livsførsel. Etter bestemmelsene kan behandlende lege gi anledning til å hente medisin for flere dager av gangen, inntil for en gang i uken. Dette skal bare være aktuelt for de pasientene som er stabile uten misbruk. Mange sentre arbeider etter en såkalt ”hentestige” hvor pasientene opparbeider seg tillit og rettigheter gjennom en viss tids rusfrihet med stabilitet i samarbeid og avtaler. Tabell 21 viser oversikt over det gjennomsnittlige antall utlevering pr uke. Daglig henting vil si 7 ggr i uken, av og til 6 dersom søndagsdoseringen utleveres lørdag. Vi ser at landsgjennomsnittet er 4 utleveringer i uken. Dette viser at en betydelig andel kan hente for flere dager av gangen.

Vi ser også at det ikke er noen endring fra 2002 til 2003. Det er heller ingen forskjell mellom regionene bortsett for at det ikke kom svar fra sentrene i Helseregion Vest i 2003.

Tabell 21. Gjennomsnittlig antall utleveringer av medisin til pasient pr uke. Oversikt i landet og i regionene

Helseregion	2003	2002
Øst	4	4
Sør	4	4
Vest	-	4
Midt-/Nord-Norge	5	5
Norge	4	4

Det er liten forskjell mellom fylkene. Se appendiks for nærmere opplysninger.

#### 6.4 Bruken av urinkontroller

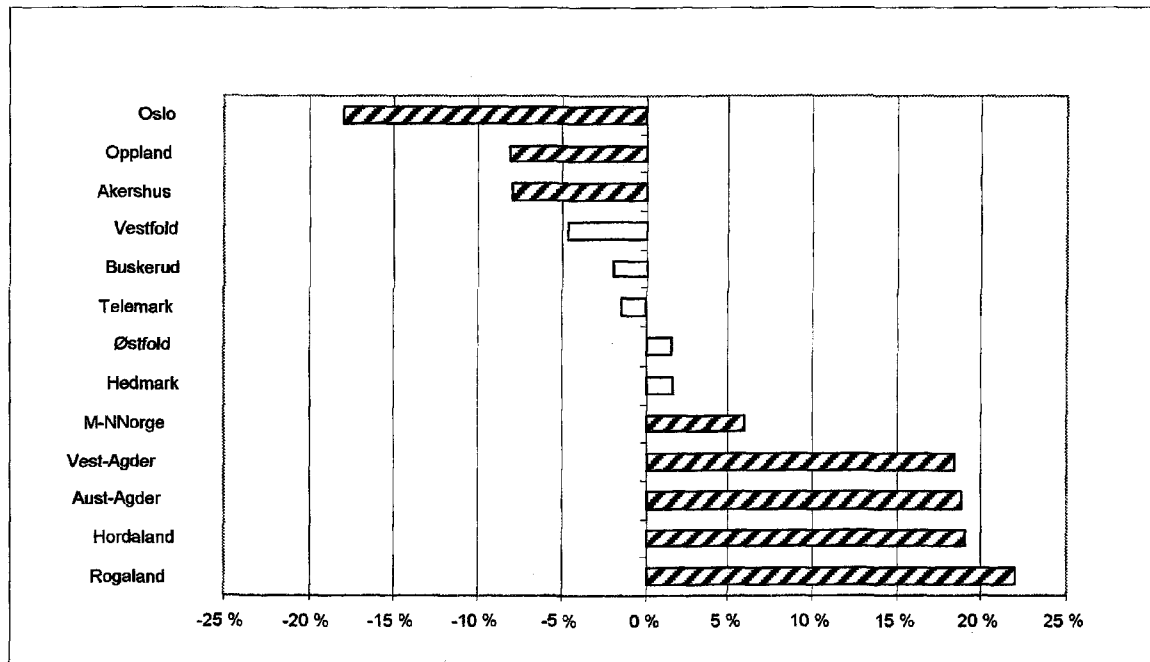
Bruken av urinkontroller i LAR omstridt. Begrunnelsen for er at legen trenger sikker informasjon om hvilke rusmidler pasienten bruker for å kunne vurdere behandlingens effekt og forsvarlighet. Det er også et terapeutisk aspekt. Siden urinprøver kan vise at pasienten mestrer en tilværelse uten rusmidler, kan dette gi argumenter for økt egenkontroll med flere ta-hjem-doseringer og færre fremtidige kontroller. Det kan også brukes som sikkerhet ved vurdering av om pasienten kan kjøre bil. Argumentene mot er at overvåket urinlating kan oppleves negativt, at forholdet til behandleren kan blir svekket og at prøvesvarene uansett ikke blir pålitelige. Et annet aspekt er kostnadene. Prøvetaking og analyser krever betydelig kostnader. Det kan reises spørsmål ved om ressursbruken er god. I denne rapporten redegjør for hvilken andel som har regelmessige prøver en gang i uken eller mer og hvilken som har stikkprøveavtaler og derfor leverer sjeldnere.

Tabell 22. Frekvensen av urinprøver, Andel som har regelmessige prøver minst en gang i uken og andel som avgir stikkprøver. Prosent, andel ukjente ikke vist.

Helseregion	2003		2002	
	Stikkprøver	Regelmessige	Stikkprøver	Regelmessige
Øst	22	65	27	64
Sør	14	84	38	57
Vest	1	97	2	96
Midt-/Nord-Norge	16	83	17	82
Norge	16	77	26	68

Tabell 22 gir en oversikt. Vi ser at LAR-systemet i Norge legger vesentlig vekt på behandlingskontroll ved hjelp av urinprøver. Hele 68 % av pasienten leverte minst en urinprøve hver uke, og vi ser videre at denne andelen økte fra 2002 til 2003. Denne økningen skyldes i hovedsak økt andel i Helseregion Sør. Vi ser videre at det er tydelige forskjeller. I Helseregion Vest avgir nesten alle pasienter en prøve i uka mens noe flere en hver sjettede gjør dette i Helseregion Øst.

Figur 22. Andel som avgir minst en urinprøve (regelmessig prøvetaking). Fylkesforskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel i Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen



Figur 22 viser at Vestlandsfylkene, Agder-fylkene og Region Midt-/Nord-Norge skiller seg signifikant ut med høy andel mer regelmessige prøver. I Oslo og enkelte av fylkene rundt Oslo er frekvensen klart lavere enn den er i landet som helhet.

## 7 UTSKRIVNING OG BEHANDLINGSAVSLUTNING

Legemiddelassistert rehabilitering tilbys som en langvarig eller livsvarig behandling. Likevel avslutter en del behandlingen. Med behandlingsavslutning menes her at de ikke lenger får utlevert medikamentet fra vedkommende tiltak eller fra samarbeidende instanser som apotek. De kan fortsatt være i behandling i annen type tiltak eller fortsatt få ulike former for hjelpetiltak.

Behandlingsavslutningene skal besluttes, evt godkjennes, av det ansvarlige regionale tiltak som også registerfører avslutning (utskrivning). Noen ganger er grunnen flytting til tiltak som ligger i andre regioner eller fylker. Pasienten blir da utskrevet fra det senteret de har vært registrert i. De fortsetter derfor i virkeligheten i behandling. Noen ganger skyldes behandlingsavslutningen dødsfall på grunn av ulike sykdommer eller narkotikarelaterte årsaker. Ser vi bort fra slike årsaker, kan vi skille mellom de som selv ønsker å avslutte og de som blir utskrevet mer eller mindre mot sin vilje fordi behandlingen har utilstrekkelig effekt eller fordi de har hatt en atferd (trusler/vold/slag av medikamentet) som skal føre til utskrivning etter retningslinjene (Rundskriv I-25/98, IK-15/2000, I-5/2003).

### 7.1 Prinsipielle vurderinger i sentrene

Etter et Nasjonalt møte mellom LAR-sentrene november 2002 har følgende retningslinjer blitt lagt til grunn:

#### Forståelse av utskrivningskriteriene

De gjeldende retningslinjer for utskrivning fra MAR mot egen vilje er utformet etter en modell hvor en skiller mellom absolutte og relative kriterier. De absolutte sikter etter vår forståelse mot å beskytte behandlingsapparatet mot trusler og vold fra klienter om ikke respekterer retningslinjene for behandlingen og mot lekkasje av medikament til illegalt salg.

Departementet har innført en bestemmelse om forholdsmessighet i praktiseringen av de absolutte kriteriene. De relative sikter mot å sikre aktivt arbeid for samarbeid om rehabiliteringsmålsettingen i behandlingen.

Erfaringen er at voldskriteriet sjelden anvendes. Det er likevel nyttig i forhold til samarbeid med vanskelige klienter. Dersom klienten reagerer med trusler og vold mot retningslinjene i behandlingen, kan denne ikke gjennomføres. Dette vil ofte føre til utskrivning, men det bør tydeliggjøres at kriteriet ikke sikter mot utskrivning av klienter som er aggressive eller urolige i andre sammenhenger eller har tilbakevendende problemer på disse områdene.

Salgskriteriet er vanskelig å bruke fordi en sjelden har sikker informasjon. Dette gjør at drøftingene lett kan bli en slags bevisførsel som ikke er hensiktsmessig. Problemstillingen vil oftest være aktuell i situasjoner hvor det er flere vansker i behandlingen. Kriteriet brukes derfor vanligvis som ledd i helhetlig vurdering, ikke som et absolutt kriterium. I alvorlige tilfeller skal hovedreglen være utskrivning.

De relative kriteriene forstås nokså likt men praktiseres noe ulikt. Den sentrale logikken er å forvente aktiv rehabiliteringspraksis. Ingen praktiserer behandlingsavslutning ved enkelte rusepisoder eller ved kortere perioder med andre behandlingsvansker. Ulikheten består i hvor lenge en beholder pasienter med bedring i forhold til utgangspunktet ved langvarige perioder med tegn på bruk av rusmidler og liten fremgang i samlet rehabilitering. Enkelte steder beholdes pasienten så lenge en samlet vurdering viser behandlingsnytte og samarbeid mens

en andre steder legger større vekt på en hovedregel om rusfrihet (alle rusmidler) og har lavere terskel for behandlingsavslutning.

Konklusjonen er at kriteriene bør formuleres med et overordnet krav om at en utskrivning alltid skal bygges på en helhetsvurdering av behandlingen. Denne helhetsvurderingen skal legge vesentlig vekt på

- om pasienten samarbeider uten vold og trusler
- om pasienten omsetter medikamentet, gir det videre til andre eller deltar i illegal omsetning av rusmidler
- om behandlingen er virksom etter målsetting og avtaler. Uvirksom behandling bør avsluttes. Ny behandling må bygge på erfaringen og resultatene fra tidligere behandlingsforsøk.

Behandlingseffekten vurderes etter grad av rehabilitering, herunder oppnådd rusfrihet, bedret livskvalitet og helse. Det forutsettes at pasienten samarbeider om målsettingen ved behandlingen.

#### Retningslinjer for prosedyrer ved utskrivningsbeslutning

Utskrivningsbeslutning skal bygge på dokumentasjon av at behandlingen ikke er virksom i forhold til definerte målsetting og inngåtte avtaler. Dette gjelder både klientens atferds og problemer og tiltaksapparatets innstas for å løse problemene. Vurderingen skal beskrives. Det skal dokumenteres at den regionalt ansvarlige instans har godkjent vedtaket.

En slik prosess bør følge en prosedyre hvor pasienten får muntlig og deretter også skriftlig beskjed om at behandlingen ikke gir ønskete resultater. Journalen skal dokumentere at vanskene er drøftet med klienten og hvilke tiltaks som er foreslått, iverksatt og hvilke resultater dette gir.

Dersom utviklingen fører mot utskrivning, skal dette vanligvis drøftes i ansvarsgruppemøte. Drøftingen skal omfatte vurdering av hvilke tiltaks som har vært forsøkt på første- og andrelinjenivå. Beslutningen om å avslutte MAR-behandling ligger formelt hos leder av ansvarlig MAR-tiltak. Journalen skal dokumentere utskrivningsbeslutningen og avgjørelsesprosessen og ansvaret for de ulike tiltakene.

#### Klageadgang

Medikamentassistert rehabilitering er til nå et tiltak etter sosialtjenesteloven hvor det skal *utøves skjønn for om dette er den beste behandling*. Klageadgangen gjelder derfor først og fremst saksbehandlingen som enkeltsak med klage til Fylkesmannen. Avslutningen av medikamentforskrivningen er en medisinsk vurdering av medikamentbrukens effekt og hensiktsmessighet. Dette kan bare klages til Fylkeslegen med lovgrunnlag i helsetjenestelovgivningen. Etter en eventuell revisjon av lovgrunnlaget i forbindelse med aktuelle rusreformer bør disse forholdene vurderes på nytt.

## 7.2 Utskrivningspraksis

Som ledd i oppdraget om evaluering av LAR i Norge fra Sosial- og helsedirektoratet er det gjort en kartlegging av hvilken utskrivningspraksis sentrene og tiltakene hadde i 2003. Dette er beskrevet i en egen delrapport, SKR 2/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning? Tilbakemelding fra tiltakene 2003/4

### 7.3 Metode

Hvert senter/tiltak har besvart et skjema med åpne og lukkede spørsmål om utskrivelsespraksis og forståelse av kriteriene. Svarene ble ordnet systematisk etter hvor mye som skal til for utskrivning som grunnlag for rangering av sentrene. Svarene er med enkelte forbehold dekkende for praksis også i 2004. Rapporten er sendt til sentrene for kvalitetssikring og kommentarer. Den kvalitetssikrede rapporten er drøftet på nasjonalt møte september 2004 (For nærmere beskrivelse se SKR 2/2004). Oversikt over antall og utvikling i bruk av utskrivninger med regionale og fylkesvise forskjeller, er brukt de kvartalsvise rapporteringene til nasjonalt senter, se SKR 5/2004 Hvor mange hvor?

### 7.4 Avslutninger - oversikt

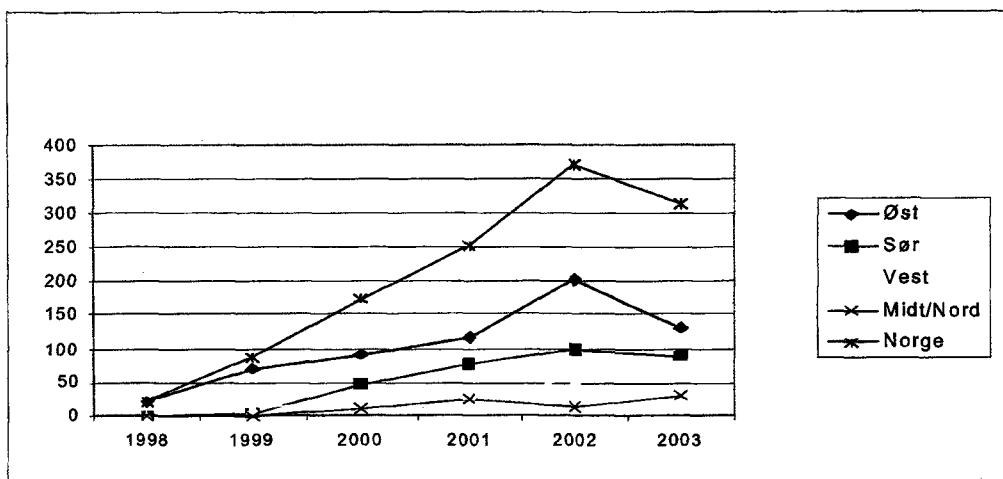
Tabell 22 viser oversikt over antall i landet og i regionene korrigert for antall overflyttet til annet tiltak i fylket eller helseregion. Vi ser at det er en jevn økning i antall utskrivninger, fra 88 i 1999 til 312 i 2003, altså med 355 %. Inntakene økte imidlertid fra 124 til 935 som er 754 %. Inntakene økte altså mer enn utskrivningene.

Tabell 22. Antall pasienter som har avsluttet i behandling i de ulike helseregionene og i Norge korrigert for de som har flyttet til annet tiltak

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Øst	21	95	71	81	91	53	118	47	202	54	132	42
Sør	0	0	5	6	47	27	78	31	100	27	89	29
Vest	1	5	11	13	23	13	30	12	55	15	60	19
Midt-/Nord	0	0	1	1	12	7	25	10	15	4	31	10
Norge	22	100	88	100	173	100	251	100	372	100	312	100

Figur 23 viser at det er regionale forskjeller. Vi ser at antall utskrivninger har økt jevnt i Helseregion Øst men med en topp i 2002 og deretter lavere antall i 2003. Noe av det samme sees i Helseregion Sør. Region Midt-/Nord-Norge har noe lavere antall i 2002 høyest tall i 2003. Helseregion Vest har hatt en jevn lav økning hele perioden. Om vi ser utviklingen over tid, ser vi at Helseregion Øst de første årene hadde det dominerende antall utskrivning i tråd med lenger tid med behandling og høyere antall i behandling. Andelen utskrivninger i regionen har sunket til 42 % i 2003. Andelen i behandling er betydelig høyere. Det synes altså å foreligge ulik praksis.

Figur 23. Antall avsluttet i behandling i helseregionene og i Norge



#### 7.4.1 Andel utskrevne i regionene og sentrene

Figur 23 viser at det er en reell forskjell mellom regionene. For å undersøke dette nærmere har vi sett på utskrivningene når man trekker fra de som er flyttet i forhold til antallet i behandling ved årsslutt og i forhold til det alle som har vært i behandling gjennom hele året oversikten. Tabell 24 viser en oversikt. I kolonne A står antallet i behandling ved årsskiftet. Kolonne B viser hvor mange som har vært i behandling når man legger til de som er utskrevne. Kolonne C viser hvor mange som er utskrevet uten å være flyttet og de to siste viser andelen av disse i forhold til de to første antallene, prosentandel utskrevne fra behandling i forhold til antallet ved årsskiftet og det samlede antall i behandling. Tabellen viser at det er store variasjoner. Om vi holder oss til beregningen av andel behandlingsavslutninger i forhold til alle i behandling i hele året (gruppe B), ser vi at landsgjennomsnittet er 12 %. Organisert etter fallende prosent ser vi at Buskerud, Vest- og Aust-Agder, MARIT-senteret, Rogaland og Telemark ligger over gjennomsnittet. De fem første sentrene betydelig over, mens Telemarkstallene er nær snittet. Oslo har et landsnitt av utskrivninger. De sentrene som har lavere tall, igjen organisert etter fallende andeler, er Hordaland, Vestfold, Oslo 2, Øvre og Nedre Romerike, Hedemark, Asker og Bærum, Østfold og Oppland og Follo. Særlig de tre siste har svært lave tall.

Tabell 24. Antall utskrevne i regionene og sentrene med andel beregnet med og uten de som er utskrevet og de som er utskrevet fratrukket de som er flyttet

Region og fylke	A = Antall i behandling ved årsskiftet	B = A + utskrevne	C = Antall utskrevne, ikke flyttet	Prosentandel C av A	Prosentandel C av B
Midt-/Nord*	184	220	35	19	16
Hordaland og Sogn og Fj.	256	294	32	13	11
Rogaland	186	218	32	17	15
Vest	442	512	64	14	13
Vest-Agder	151	186	31	21	17
Aust-Agder	70	84	14	20	17
Telemark	127	147	20	16	14
Vestfold	71	80	9	13	11
Buskerud	76	101	25	33	25
Øst	495	598	99	20	17
Oslo	699	800	95	14	12
Asker og Bær	133	146	10	7	7
Follo	36	36	0	0	0
Nedre Romer	67	75	7	10	9
Øvre Romer	31	34	3	10	9
Østfold	138	155	6	4	4
Oppland	98	100	4	4	4
Hedmark	111	120	9	8	8
Øst	1331	1466	134	10	9
Norge	2452	2815	339	14	12

\*Fylkene i Heleregion Midt/Nord-Norge vises ikke separat

Denne variasjonen sier ikke i seg selv hva som er riktig eller god behandling. Det kan både være slik at noen skrives ut selv om dette kan kritiseres etter en totalvurdering og slik at pasienter beholdes i behandling selv om dette gir liten effekt eller negativ effekt i forhold til ringvirkningene i pasientmiljøet. Tallene svarer imidlertid til inntrykket fra tidligere vurderinger og synes å peke mot systematiske forskjeller i behandlingsopplegget. Dette bør evalueres.

#### 7.4.2 Utskrevne etter ulike kriterier – regionale og fylkesvise forskjeller

Tabell 25 viser utskrivningene i regionene oppdelt i typer. Tallene her er spesielt sjekket i hvert senter og derfor kvalitetssikret i forhold til årsoppgavene og avviker noe fra tallene i tabell 23. Vi ser at 363 pasienter ble skrevet ut fra behandlingen i hele Norge i 2003.



Tabell 25. Oversikt over utskrivningene i 2003

Region	I behandling ved årsskiftet	Utskrevne i løpet av året	"Absolutte" kriterier	"Relative" kriterier	Selvvalgt	Flyttet	Dødsfall
Midt-/Nord	184	36	3	20	9	1	3
Vest	442	70	3	50	6	6	5
Sør	495	103	6	62	21	7	7
Øst	1331	154	5	63	55	10	21
Norge	2452	363	17	195	91	24	36

Dette er 14 % i forhold til de som var i behandling ved årsskiftet. Beregningen blir noe skjev fordi andelen bør regnes av alle som var i behandling. Legger vi sammen antallet utskrevne og antallet gjenværende i behandling, får vi antallet som har hatt tilbud i løpet av året; 2815. Andelen utskrevne blir da 12 %.

Ser vi på bruk av de ulike kategoriene, går det frem av svært få er skrevet ut med en begrunnelse i vold, trusler eller salg av medikamentet. De fleste er utskrevet med begrunnelsen at behandlingen har utilstrekkelig effekt, pasienten har vedvarende bruk av rusmidler og viser liten bedring på andre måter. Vi ser også at det er en påfallende forskjell i hyppighet av utskrivninger som betegnes som selvvalgte. Dette er også undersøkt på fylkesnivå. Konklusjonen er årsaken er ulik bruk av kategoriene, ikke ulik praksis for utskrivning. Inndelingen har ingen mening dersom den ikke bygger på bedre definisjon av begrepet. For praktiske formål bør derfor kategoriene i denne undersøkelsen slås sammen (Se SKR 2/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning? Tilbakemelding fra tiltakene 2003/4).

#### 7.4.3 "Absolutte" kriterier – kriterieforståelse og praksis

Dette er undersøkt med spørsmål til de enkelte sentrene både om forståelse og eksemplifisering. Svarene er ordnet i rekkefølge fra senter med høy til lav samlet utskrivning og vises i SKR 2/2004. Her vises ett eksempel fra typiske posisjoner.

##### Senter med høy andel utskrivninger:

Vedr. salg: Vi må være sikre på at det ikke bare er rykter, det må være opplysninger fra flere uavhengige hold. Normalt sett konfronterer vi vedkommende med ryktene i ansvarsgruppemøtet, slik at de har mulighet til å stoppe ev. feil atferd.

Vedr. vold: Vold mot samarbeidsinstanser tolereres ikke, men vedkommende får selvfølgelig lov til å fortelle sin versjon. Munnbruk, kasting av ufarlige gjenstander m.v blir ikke regnet som vold, men vil bli tatt opp som et samarbeidsproblem.

Vold mot andre vil ikke i seg selv få konsekvenser i form av utskrivning, men vil bli tatt opp som et problem i forhold til rehabiliteringen.

Ad trusler: Blir likestilt med vold og vanligvis ikke akseptert, men det blir alltid brukt et visst skjøn i vurderingen av reaksjon.

##### Fra avdeling med moderat andel utskrivninger:

Salg/omsetningskriteriet vanskelig å håndtere, begrepene "begrunnet mistanke" og "uforholdsmessig reaksjon" er svært skjønsmessige. Hovedlinjen når det gjelder mistanke-kriteriet har vel etter hvert blitt at vi bør ha opplysninger som understøtter slik mistanke over noe tid og fra flere pålitelige kilder. Forholdsmessighetsbegrepet trekker også i retning av å anvende stor forsiktighet i tolkning av opplysninger/rask reaksjon, slik vi ser det.

Vold/trussel-kriteriet forstår vi først og fremst som vold/trusler rettet mot de som deltar i behandlingssystemet rundt pasienten.

#### Senter med lav andel utskrivninger:

Når utskrivning på grunn av vold eller trusler er aktuell, må ansvarsgruppen kunne dokumentere dette. Utskrivningsvedtaket oversender dette til sentral vurderingsgruppe i MAR-Øst som fatter endelig vedtak.

Ser en disse beskrivelsene samlet, er fellespreget tydelig. Alvorlig vold og salg, særlig av metadon/Subutex tolereres ikke og blir alltid vurdert i forhold til utskrivning, og gjennomgående tolkes kriteriene nokså likt. Noen trekk er tydelige. For det første er det vanligvis pasienter som profiterer lite på behandlingen, som vurderes utskrevet etter absolutte kriterier. Det er få tilfeller hvor ikke de "absolutte" kriteriene sees sammen med de "relative". Man kan derfor reise spørsmål om kriteriene ikke kan slås sammen.

Det går også igjen at vurderingene er vanskelige, og mange vil ha konkret dokumentasjon før en utskrivning. Dette er mest problematisk når problemet er opplysninger om salg.

De fleste beskriver grundig saksbehandling med vurdering av det enkelte tilfelle, både i forhold opplysningenes sikkerhet og i forhold til om reaksjonene kan ha bakgrunn i uheldig samspill med behandlere. Det vurderes også om man har noen alternative tilbud/tiltak.

Alvorlig vold mot ansvarlige behandlere i LAR eller sentrale samarbeidspartnere vil føre til utskrivning i alle sentre, men det er likevel ulikt hva som oppfattes som alvorlig og i hvilken grad forholdsmessigheten vurderes.

Når det gjelder salg, er usikkerheten større. I anbefalingene vurderes det slik at LAR-sentrene til syvende og sist må kunne vurdere utskrivning uten sikre bevis. Spørsmålet er faglig. Det er imidlertid bare MARiT som klart formulerer dette i sin beskrivelse.

Det er et påfallende trekk at det største senteret som arbeider i det mest belastete området, Oslo, ikke hadde noen utskrivninger etter absolutte kriterier i 2003.

#### 7.4.4 "Relative" kriterier

Tabell 25 viser at disse kriteriene dominerer som begrunnelse for utskrivning og at det var betydelig forskjell mellom regionene. I Region Vest var 9,8 % av behandlingene i Region Sør 10,4 %, i Region Midt- og Nord-Norge 9,1 % av behandlingene og i Region Øst 4,3 %. Dette svarer selvsagt ikke til ulik grad av behandlingseffekt. Det kan imidlertid bety at sentrene hadde høyere toleranse for svakheter i behandlingsutviklingen enn de andre regionene og en annen forståelse av kriteriene.

Dette er undersøkt i spørsmål til sentrene. Også disse svarene nedenfor er ordnet systematisk slik at de som har høyest utskrivelsesfrekvens kommer først mens de som har lav kommer sist. Det gies noen få eksempler. For øvrig henvises til SKR 2/2004.

#### Senter med høy andel utskrivninger:

Vi legger hovedvekten på at vedkommende er interessert i sin egen rehabilitering, og at det gjennom holdning og atferd er tydelig at han/hun jobber med det. Feiltrinn brukes som læring, hvorfor skjedde det, når skjedde det, og hvordan kan vi unngå gjentagelser. Hva kan klienten gjøre, hva kan vi andre gjøre. Så lenge vi er i en slik positiv prosess er utskrivning

ikke tema. Korte "sprekk" med stadig lengre mellomrom kan bety at personen er i en positiv prosess. Dersom vedkommende selv signaliserer klart at han må ha for eksempel BZD, alkohol eller cannabis for å klare livet, eller mener det må være lov å bruke, vil vi gå inn i nøye drøftinger om MAR er det rette. Det samme vil gjelde manglende oppfølging fra klientens side. Bruk av opiater til tross for høy/riktig dosering vil føre til raskere utskrivning enn for eksempel tilfeller av cannabisbruk.

Det vil bli gitt tilbud om andre tiltak, advarsler og tidsfrister for å rette kursen. Fortsetter misbruket blir det laget sak om utskrivning.

#### Senter med middel andel utskrivninger

Det legges vekt på motivasjon, på om bruker aktivt er med i rehabiliteringsprosessen, på samarbeid, atferd og rusmestring. Det taes også i stor grad hensyn til om vi mener bruker har fått den støtte vi anser som nødvendig, og/eller om bruker er alvorlig fysisk/psykisk syk. Det gjøres nok svært individuelle vurderinger.

#### Senter med lav andel utskrivninger:

Utskrivning skal baseres på en individuell helhetsvurdering. Hjelpeapparatet må ha tilrettelagt de tiltak som er nødvendig før utskrivning etter relative kriterier kan iverksettes. Dersom veiledning, råd og alternativ behandling ikke har noen effekt, blir klientene permittert fra tiltaket. Dette også for å unngå den negative signaleffekten ut i rusmiljøet.

Beskrivelsene fra sentrene har et tydelig fellespreg. De relative kriteriene sees alle steder i et helhetlig perspektiv hvor både tilstanden, utviklingen og det som er forsøkt av tiltak inngår. Det er også et fellespreg at enkeltepisoder med rusmiddelbruk ikke fører til utskrivning og at en alltid gjør forsøk på endring og styrking av behandlingen før utskrivning er aktuelt.

Lesningen gir likevel inntrykk av at det er en systematisk gradforskjell til stede som nærmer seg eller er en reell metodeforskjell. De sentrene som har høyere utskrivningsfrekvens har en større tendens til å se de relative kriteriene i lys av overordnet målsetting om rehabilitering, her også i forhold til opphør med rusmiddelbruk. Dette er klart uttrykt i Buskerud og MARiT. Behandlingen er en "utforskning av rusfrihet fra alle rusmidler". Den som signaliserer at han/hun ikke er villig til/klarere å slutte med cannabis, benzodiazepin eller alkohol, vil bli utskrevet etter kortere eller lenger tid. Det samme skjer om bruken fortsetter tross en "siste advarsel" med konkret tidsperiode for å oppnå rusfrihet. Behandlingen sees også som et forpliktende samarbeid, og dersom pasienten ikke er reelt med i rehabiliteringsarbeidet, er konklusjonen den samme – igjen etter omhyggelig utprøving og flere forsøk. Her går imidlertid kravene også til tiltaksapparatet.

I sentre med lavere utskrivningsfrekvens er disse målene til stede men mindre tydelig og prinsipielt uttalt. Det uttales ikke helt klart, men inntrykket er at så lenge pasienten prøver, og evt så lenge tilstanden er bedre enn den var før behandlingen begynte, vil pasienten ikke bli utskrevet. I enkelte sentre kommer også etiske motforestillinger mot utskrivning til syne.

### 7.4.5 "Selvvalgte" utskrivninger

I utgangspunktet ønsket vi å undersøke hvor mange som selv besluttet nedtrapping og utskrivning fordi de ønsket en medikamentfri tilværelse. Dette er en kategori som kan kalles "ferdig behandlet". Dette har ikke latt seg gjøre. Undersøkelsen viser først og fremst at kategorien "selvvalgt" brukes ulikt. En pasient kan selv velge å slutte behandlingen av mange ulike grunner. Noen blir borte på grunn av økende rusmiddelproblemer, noen blir lei av kontrolltiltakene, noen avslutter selv fordi de vil foregripe å bli utskrevet av behandlingen, noen har fått kontakt med lege som forskriver med mindre oppfølgingskrav. Noen steder vil en eller flere av disse utskrivningene bli oppfattet som selvvalgt. Andre steder vil de bli

kategorisert ut fra manglende behandlingseffekt. Kategorien bør her defineres som utskrivning på sammensatt, uklart grunnlag. I de fleste tilfellene overlapper dette med utskrivning forårsaket av utilstrekkelig behandlingseffekt.

Konklusjonen er at registreringen bør endres i fremtiden. Det viktigste er ikke å avgjøre om utskrivningen er mer eller mindre selvvalgt men om pasienten føler seg ferdig behandlet og ønsker nedtrapping mot frihet fra opioider.

#### 7.4.6 Praksis når pasienten bruker ulike rusmidler

Legemiddelasistert rehabilitering tar sikte på at pasienten skal oppnå en tilværelse uten avhengighet og bruk av rusmidler. Dette er derfor en sentral målsetting for alle LAR-tiltak. Reduksjon i bruk når det gjelder type og/eller mengde kan likevel sees som en bedring, og kapitlet om utskrivning på grunnlag av relative kriterier viser at LAR-tiltakene har ulik praksis.

Sentrene er spurt om hvorledes de forholder seg dersom en pasient som har en akseptabel utvikling likevel fortsetter med et visst rusmiddelbruk tross de tiltak sentrene kan stille opp med. Det er gitt 5 svaralternativer; Utskrivning, utskrivning etter tidsfrist, restriksjoner i forhold til utleveringsordninger og kontrolltiltak, toleranse dersom en ikke kan se at bruken skaper vansker for funksjonen og full toleranse uten tiltak og spesielle vurderinger.

Svarmønsteret viser at de to mest ekstreme valgene praktisk talt ikke er brukt.

Det gis derfor en oversikt i forhold til tredelt skala som vist i tabell 26. Noen tiltak beskriver at de møter situasjonen med ulike typer restriksjoner og tiltak, men dersom dette ikke hjelper, vil pasienten bli utskrevet. Dette er plassert som kategori "utskrives".

Tabell 26. Oversikt over typisk praksis ved vedvarende bruk av ulike rusmidler

	Utskrives	Restriksjoner	Tolereres hvis..
Cannabis	7	4	4
Alkohol	5	7	3
Sentralstimulerende	9	6	
Opiatholdige medikamenter	8	6	
Heroin og illegale opioider	11	4	
Benzodiazepin	10	5	

Vi ser at det er nokså ulike vurderinger. Dersom en pasient har en akseptabel sosial tilpasning men bruker cannabis, vil 6 tiltak til syvende og sist skrive vedkommende ut fra behandlingen mens 4 tiltak vil tolerere bruken så lenge behandleren ikke mener den påvirker behandlingen. Noen vil gå til restriksjoner i henteordninger eller kontrolltiltak. Tilsvarende sprik er det dersom pasienten drikker så mye alkohol at det merkes i prøver eller kontakt. Det er også å betydelige ulikheter i praksis ved vedvarende bruk av andre midler, minst i forhold til heroin og benzodiazepiner. Det er likevel en tydelig forskjell slik at rundt en tredel vil beholde pasienten med ulike restriksjoner slik som daglig henting mens to tredeler vil skrive pasienten ut eller permittere vedkommende fra behandlingen.

Tabell 27 Holdninger til vedvarende bruk av ulike stoffer. (2=utskrives, 3=restriksjoner, 4=tolereres)

	Canna- bis	Alko- hol	Sentralst.. midler	Opioid medik.	Heroin	Benzo- diazep	Holdning skadere	Range- ring
MARIT	2	2	2	2	2	2	Negativ*	2,0

Vestfold	2	2	2	2	2	2	Negativ	2,0
Buskerud	2	2	2	2	2	2	Negativ	2,0
Rogaland	2	3	2	2	2	2	Nøytral	2,2
Vest-Agd	2	2	2	3	3	1	Negativ	2,2
Follo	2	3	2	2	2	2	Negativ	2,2
Oppland	2	2	2	3	2	2	Negativ	2,2
Hedemark	3	3	2	2	2	2	Positiv	2,3
Aust-Agd	3	3	3	2	2	2	Negativ	2,5
Telemark	4	4	2	2	2	2	Positiv	2,7
Østfold	3	3	3	2	2	3	Nøytral	2,7
Øvre Romerike	3	3	3	3	3	3	Positiv	3,0
Oslo	4	3	3	3	3	3	Positiv	3,2
Nedre Romerike	4	4	3	3	2	3	Positiv	3,2
Hordaland	4	4	3	3	3	3	Positiv	3,3

- Plasseringen her er ikke helt entydig. Det understrekes at man i og for seg er nøytral under forutsetning av at tilbudet skilles tydelig ut og tilknyttes annen instans.

Det er undersøkt om vi kan se noe mønster i svarene. Er det slik at svarene avspeiler en mer gjennomgående holdning? I tabell 27 vises svarene for hvert senter med angitt koding for holdning til vedvarende bruk tross tiltak når det gjelder hvert enkelt rusmiddel. Det er gjort en rangering i forhold til gjennomsnittsskåre slik at de som har mest konsekvent restriktiv holdning kommer først mens de som angir mest liberal holdning kommer sist.

For å unngå misforståelser bør det gjentas og understrekes at ingen tiltak skriver ut en pasient på grunnlag av enkeltstående bruksepisoder. Et tiltak som skriver ut, gjør alltid dette etter langvarig og omfattende arbeid med problemet slik det går frem av denne beskrivelsen:

MARiT skiller prinsipielt ikke mellom ulike rusmidler. Som nevnt over følges rusbruk (enten pasienten forteller det selv eller dette framkommer på urinprøver) opp gjennom prosedyrer hvor episoden "analyseres" med sikte på en lengre rusfri periode (min. 3 mnd). Ved rusepisoder eller positive prøver skal pasienten lage en skriftlig redegjørelse og det skal snarlig gjennomføres en samtale for å avklare hendelsesforløp (før – under – etter). Her vurderes bl.a. forholdet mellom type rusmiddel og opplevde plage (somatisk, psykisk/psykologisk, sosialt). Et sentralt poeng er klargjøre hvilke plager/hendelser/tanker som bidrar til at pasienten velger å ruse seg, og deretter arbeide med "plagene" slik at rusbruk kan forebygges.

Dette er en beskrivelse av en høykvalifisert praksis som tar hvert enkelt tilfelle av rusmiddelbruk alvorlig. Det går på liknende måter igjen i kommentarene fra tiltak med det som her er kalt restriktive holdninger, at praksis forutsetter flere forsøk med innleggelses, kontrakter og styrking av rehabiliteringsarbeidet. Når det gjelder alkohol, nevner flere tiltak at behandling med antabus bør forsøkes.

#### 7.4.7 Unntak

Undersøkelsen inneholder spørsmål om psykiske og somatiske sykdommer kan gi grunnlag for andre vurdering, og som det fremgår av beskrivelsen av de relative kriteriene, gjøres dette alle steder, særlig gjennomgående i forhold til somatisk sykdommer.

Sentrene ble også spurt direkte om hvilke vurderinger som blir gjort når pasienter hevder at de ikke kan klare seg i LAR på grunn av psykiske vansker som "bare" blir bedre med benzodiazepin og har en forskrivning fra lege som overholdes. Spørsmålet er stillet direkte fordi problemet ofte er aktuelt i offentlige og faglige media. Enkelte leger har dessuten hevdet at de har god erfaring med bruk av benzodiazepiner og betvilt det synet som er lagt til grunn i LAR at bruk av benzodiazepin er kontraindisert. Svaralternativene har igjen vært fra utskrivning til restriksjoner for den enkelte og til aksept eller toleranse.

Det har åpenbart vært vanskelig å gi entydig svar. Ni har svart i samsvar med disse kategoriene, Av disse går to går til utskrivning om man ikke oppnår enighet, fem bruker ulike restriksjoner i henteordningen mens to velger å akseptere situasjonen.

Avgjørelsen oppleves ikke noe sted lett slik det fremgår av beskrivelsen fra et senter som ville valgt utskrivning:

Det vil som oftest være vanskelig å vite om det blir brukt BZD i tillegg til forskrivning. Vi har ingen gode eksempler på at en slik forskrivning over tid har vært et gode for utviklingen.

Opgaven er å kunne gi pasienten alternativer til "pillebehandlingen", dvs skikkelig utredning av plagene og adekvat behandling. Om dette tilbys, men pasienten fortsatt kun vil ha BZD, må vedkommende selv ta et valg om dette er viktigere enn MAR. Vi vil ikke støtte opp om feil medisinbruk. I samarbeid med lege eller ved innleggelse kan det gis tilbud om nedtrapping på BZD. Erfaringene fra slike forsøk har imidlertid så langt vært lite oppløftende. Dersom legen finner det medisinsk riktig å gi BZD over en kortere periode i en spesiell forbindelse er det selvfølgelig ok, så fremt perioden er klart tidsavgrenset og det er kontrollert utlevering. Dersom legen mener at langvarig forskrivning av BZD er riktig, vil dette bli lagt fram som sak i Inntaksutvalget for godkjenning ev. forslag om bedre løsninger.

De resterende sentre beskriver en individuell praksis som ikke så lett kategoriseres. MARiT skriver:

Dette må vurderes nøye ut fra de mer grunnleggende plager pasienten har – utredet gjennom et samarbeid mellom pasient, ansvarsgruppa og gjerne psykiater/psykologspesialist i spesialisthelsetjenesten. Ved rusbruk (ikke-forskrevet bruk av bzd) er det daglig inntak av metadon/Subutex og tettere oppfølging. Det skal ut fra utredningen lages en plan over aktuell medikasjon, avtaler, etc. (jfr. prinsippene for relative brudd).

#### 7.4.8 Skadereduksjon

Skadereduksjon er blitt et mer aktuelt begrep. Opprinnelig valgte en i Norge en modell som forutsatte at bruken av medikamenter skulle ha en målsetting ut over skadereduksjon med krav om rehabilitering og ulike kriterier for endring av livsførsel. Utviklingen har likevel medført at dette nå er mer omstridt. LAR-sentrene er spurt om deres holdning til skadereduksjon ut fra en skala fra sterkt negativ = 1 til sterkt positiv = 5. Svarmønsteret fremgår av tabell 26 som også plasserer svarene i forhold til rangering når det gjelder holdninger til utskrivning. Vi ser at syv sentre/tiltak vurderer skadereduksjon som negativt, seks beskriver positiv vurdering og to er mer nøytrale. Negative vurderinger faller i stor grad sammen med det å tendere til utskrivning ved fortsatt rusmiddelbruk under behandlingen og de positive med det å beholde pasienten i behandling.

Klarest beskrives en negativ holdning fra LAR Buskerud:

Ansers det som særdeles viktig at MAR fortsetter som et rehabiliteringstiltak. Erfaring viser at de aller fleste har muligheter til å foreta valg som kan bedre deres livssituasjon. Det er viktig å hjelpe disse til å komme i en slik situasjon at de kan sette disse valgene ut i livet. Til dette trengs støtte og oppfølging over lang tid.

MAR uten oppfølging kan få tragiske konsekvenser, en bytter bare heroinen ut med metadon i tillegg til andre rusmidler. Pasientene blir på den måte holdt nede i rustilværelsen, og gjort til stakkarer uten evne/vilje til å ta valg.

MAR skal være et tilbud å strekke seg mot, så må den enkelte ta standpunkt til om han er villig til å betale "prisen", akkurat på lik linje med å velge annen type behandling. Alle store forandringer i livet medfører smerte og har sin pris.

En hovedvekt på å lindre smerte og forhindre død for enhver pris kan ta fra enkeltmennesket dets mulighet til å få gjort en positiv, radikal endring i livet.

Det må også kunne stilles realistiske krav til rusmisbrukere, gjør vi ikke det tar vi ifra dem egenverdet og selvrespekten. Gjør vi skadereduksjon til et lett tilgjengelig alternativ, undergraver vi manges mulighet og motivasjon til å gå inn i et mer krevende endringsarbeid.

... Ingen tidligere behandlingstilbud har blitt møtt med den forventningen at de skal kunne hjelpe alle. Derfor er det forunderlig at noen har den forventningen til MAR. Det er farlig å være rusmisbruker, enten blandingsmisbruket inneholder metadon eller ei. Noen vil bestandig falle utenfor, noen vil trenge mange forsøk, akkurat som i forhold til institusjoner. Vi ser at mange lykkes i MAR. Det er det viktig å ta vare på.

Skulle en allikevel ønske å sette i gang skadereduksjon, er det viktig at dette blir et eget opplegg, klart avskilt fra MAR. Senteret/tiltakets rolle bør i den anledning bare være av veiledende art.

MARiT uttrykker dette slik:

"Det er sentrale myndigheter som har fastsatt retningslinjene for MAR. I 1998 kom det første rundskrivet. Dette ble revidert i 2000 og 2001. Dagens modell med sikte på rusfrihet og rehabilitering er under betydelig press, bl.a. fordi den er ressurskrevende og fordrer kvalifisert faglig innsats på flere områder. Det er dessuten betydelig politisk uenighet og diskusjon i opinionen omkring hvordan metadon/buprenorfin best skal brukes i norsk rusbehandling. Det er slik vi oppfatter det en bekymringsfull utvikling at mange innenfor fagfeltet ikke synes å ha tro på at MAR kan bidra til å oppnå rusfrihet slik intensjonen er, og dermed i større grad vektlegger at behandlingen virker overdoseforebyggende og skadereduserende. En "utvanning" av tilbudet kan i verste fall bidra til at langt færre enn mulig klarer å komme ut av rusmiddelmisbruket, og at det ikke gis nødvendig kvalitet i oppfølgingen. Da er det etter vårt syn bedre at det etableres særskilte prosjekter med mer lavterskel/skadereduserende bruk av metadon og buprenorfin."

Hvordan evt. lavterskel/skadereduksjonsprosjekter skal etableres er ikke drøftet inngående, da det fra sentrale myndigheter er uttrykt at dette ikke skal vurderes før evt utprøving i Oslo. Noen personlige synspunkter er: Utprøving av kommunale lavterskeltilbud knyttet til lavterskel helsetilbud. Inntak, forskrivning må knyttet til "kommunal" forankret lege/kommuneoverlege, med daglig utlevering under tilsyn. Tilbudet bør i utgangspunktet være tidsbegrenset for å hjelpe aktuelle pasienter i en avklaringsfase på noen måneder til max 1-2 år.

Det er tydelig, også hos flere av de som uttrykker positiv vurdering, at skadereduksjon oppfattes som annerledes og i motsetning til rehabiliteringsperspektivet. Det er uro for at ideologien skal undergraves og pasientene bli forvirrete og usikre, vanskeligere å nå med en mer krevende rehabiliteringsprosess. De fleste vurderer det slik at en eventuell skadereduksjon bør foregå på et kommunalt nivå, gjerne som ansvarsområde for kommuneoverlege eller andre kommunale helseinstanser. LAR-sentrene bør holdes helt utenfor eller bare ha veiledende oppgaver.

### 7.4.9 Vurderinger og konklusjoner

LAR-sentrene arbeider innenfor retningslinjer som er utviklet på politisk og sentraladministrativt grunnlag med en overordnet målsetting om rehabilitering.

Retningslinjene er utarbeidet på grunnlag av forankring i Sosialtjenesteloven.

Undersøkelsen viser at det er systematiske og tydelige gradforskjeller i praktiseringen av retningslinjene slik at noen sentre har høyere andel utskrivinger etter alle, men særlig etter kriteriene for vurdering av behandlingsresultatet (relative kriterier).

Forskjellen er stor nok til å få betydning for resultatvurderinger bedømt etter status for andel med god rusmestring, både slik at sentre med liberal praksis vil ha en høyere andel med rusmiddelbruk og slik at sentre med restriktiv praksis kan ha en mer aktiv og dynamisk kraft i arbeidet for rehabilitering.

Forskjellen avspeiles i vurderingene om når en klient skal utskrives på grunn av bruk av ulike rusmidler, og vurderingene for ulike rusmidler har sammenheng slik at noen sentre praktiserer retningslinjene systematisk mer restriktivt mens andre mer liberalt. En pasient som beholdes i ett senter, vil derfor kunne bli utskrevet i et annet.

Holdningene samvarierer med holdningene til skadereduksjon slik at de som er positive til dette også har en mer liberal grunnholdning til å beholde pasienter i behandlingen tross vedvarende bruk av rusmidler. Forskjellen er minst når det gjelder bruk av heroin og størst når det gjelder cannabis og alkohol.

Sammenholder en begrunnelse for og beskrivelse av praksis i de sentre som har restriktiv praksis med den vedtatte målsettingen for behandlingen, synes det klart at disse sentrene arbeider mer aktivt innenfor de vedtatte retningslinjene og målsettingene.

I den grad det er ønskelig å være positiv til at klienter bedres uten at rehabilitering oppnås, vil sentre med liberal praksis, kunne være mer effektive.

Rusreformene som medfører at LAR som spesialistbehandling skal følge helselovgivningen gjør at pasientene har krav på større innflytelse over målsetting for behandlingen og valg av behandlingssted. I den grad de beskrevne forskjellene fortsettes, vil dette kunne skape problemer.

Skadereduksjon som tiltaksform må plasseres i forhold til LAR, og ansvaret for slike tiltak bør tydeliggjøres.

Kriteriene for utskriving og klagebehandling må revideres i forhold til forankring i helselovgivningen.

### 7.5 Retensjon – tid i behandling

Blant de spørsmålene som er ønsket belyst i oppdraget fra Sosial- og helsedirektoratet er Hvor mange har fått tilbud om LAR totalt? Hvor mange er blitt inkludert, hvor mange har blitt ekskludert/selv skrevet seg ut og med hvilke begrunnelser? Hvor mange er blitt reinntatt? Hva har skjedd med dem som er blitt ekskludert/selv skrevet seg ut? Finnes det regionale forskjeller i disse spørsmålene?

Disse problemområdene dreier seg blant annet om forholdet mellom inntak og utskrivinger. Dette tilsvarende spørsmål om retensjon. Retensjonen – hvor lenge pasientene blir i behandlingen – er et vanlig evalueringsmål. Dersom pasientene avslutter en behandling for tidlig, kan den vanskelig få effekt. For kroniske tilstander skal behandlingen være langvarig eller livsvarig, og retensjon blir en egen målsetting. Dette gjelder i særlig grad LAR fordi behandlingen skal nøytralisere dyptsittende avhengighetsreaksjoner. I tillegg kommer målene om rehabilitering og andre ønskete behandlingseffekter.



Denne undersøkelsen tar sikte på å vurdere retensjonen nasjonalt, regionalt og lokalt og drøfte eventuelle forskjeller i forhold til programstruktur og lokal situasjon. Den sikter også mot å belyse spørsmål om hva som skjer med de som blir utskrevet og hvorfor de blir det. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i SKR nr 6/2004 Legemiddelassistert rehabilitering – en livsvarig behandling?

### 7.5.1 Metode

Nøyaktig beregning av retensjon forutsetter et individbasert register med startdato og eventuell avslutningsdato. LAR besluttet av og ledes fra regional sentre og tiltak, hvert med sitt register uten tillatelse til koplinger. Denne rapporten bygger derfor på aggregerte data. Hvert senter har summert opp sine lister og sendt inn samlerapporter.

I undersøkelsen har vi derfor delt opp inntakene i årskull etter hvilket år pasienten første gang begynte i behandlingen. Dermed har vi valgt ett felles slutt punkt for vurderingen, 31.12.2003. Retensjonen er så beregnet som andel av hvert årskull som var i behandling på slutt punktet. De som startet tidlig i 1999 hadde da hatt sitt tilbud fem år og de siste i 2003 bare i dager til uker. Dette vil igjen si at beregnet retensjon er et gjennomsnitt fra hvert årskull.

LAR forutsetter etter sin modell at behandlingen skal sikte mot et rehabiliteringsmål og har kriterier for når behandlingen skal eller kan avbrytes. Om den medikamentelle behandlingen av pasienten avbrytes, skal behandlingskontaktene likevel fortsette og pasienten få nye tilbud tilpasset erfaringene og ny problemløsning. Utskrivning er i denne forstand ikke det samme som avbrutt rehabilitering, og reinntak hører med i modellen. Det er et svært komplisert arbeid å belyse dette med retensjon i forhold til inn- og utskrivninger. I denne undersøkelsen har en valgt å regne alle som var i behandling pr 31.12.03 som retendert, beholdt i behandling. Vi redegjør imidlertid for hvor mange som har vært utskrevet en eller flere ganger slik at en kan skille mellom kontinuerlig behandling og behandling som går i faser.

Den utskrevne gruppen er undersøkt ved at sentrene har vurdert den enkelte i forhold til om det er søkt reinntak, om årsak til utskrivning og om pasienten er i annen behandling. I samsvar med oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet, har en også forsøkt å få informasjon om hvorledes de utskrevne pasientene har det. Mindre LAR-sentre har ofte en rimelig god oversikt over utskrevne pasienter ut fra regelmessig kontakt med ansvarlig sosialsenter. De større mangler stort sett slik kontakt. Undersøkelsen er begrenset til en vurdering etter grove kategorier; "bra - klarer seg", "usikker, har rusproblemer men mestrer situasjonen", "omfattende rusproblemer – rusdominert liv", "dødsfall". I den grad sentrene har hatt kapasitet til det, har de kontaktet ansvarlig sosialsenter med spørsmål om ny søknad er aktuell og om pasientens tilstand i forhold til rus. Mange utskrevne pasienter lever imidlertid et kaotisk liv, og det er svært ofte ukjent hvorledes deres situasjon er. Innenfor rammen av denne undersøkelsen, er det ikke mulig å gi mer enn en antydning om deres situasjon.

### 7.5.2 Retensjon i behandlingen

Tabell 28 viser en oversikt. Retensjonen er andel i behandling 31.12.2003 av de som begynte i behandling hvert år. Prosentgrunnet er altså alle som begynte i behandling det aktuelle året.

Noen av sentrene slik som særlig det i Oslo, hadde pasienter helt fra tidlig på 1990-tallet i forprosjekter. Andre sentre fikk sine første pasienter i 1999. Vi har derfor valgt å vise oversikt

over retensjon før 1999 samlet, uten å ta dette med i den summerte retensjonen. Vi ser at den samlede retensjonen for hele perioden 199-2003 var 77 % for hele landet. Høyest retensjon finner vi i Helseregion Øst hvor noe over 8 av 10 var i behandling på rapporteringstidspunktet. Lavest finner vi i Helseregion Sør og Helseregion Midt-/Nord-Norge.

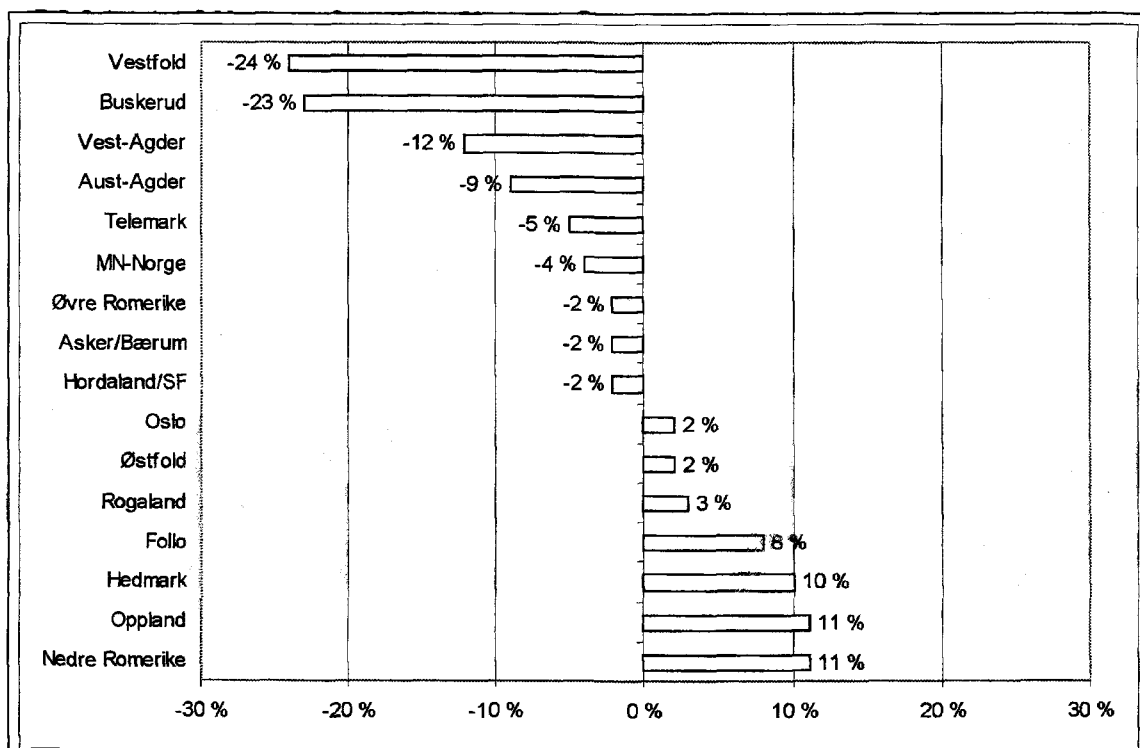
En tilnærmet fem års retensjon på 68 % finner vi ved å se på retensjon fra årskullet 1999. Vi ser også at Region Midt-/Nord-Norge hadde en spesielt høy retensjon fra dette årskullet. Vi ser videre at det er en jevnt økende retensjon for hvert årskull slik det naturlig bør være.

Tabell 28. Oversikt over retensjonen i LAR nasjonalt og regionalt ved andel i behandling pr 31.12.2003 av alle som startet i LAR første gang hvert år. \*Pasienter startet før 1999 er ikke med i sluttsammen. Prosentangivelser. Prosentgrunnlag er vist i delrapporten SKR 6/2004.

Helseregion	Inntak* - 1998	Inntak 1999	Inntak 2000	Inntak 2001	Inntak 2002	Inntak 2003	Alle f. o. m. 1999
Midt- og Nord-Norge		96	68	70	79	64	73
Vest-Norge*	80	56	69	77	80	84	78
Sør**		64	62	65	64	77	72
Øst		71	73	84	76	92	81
Norge		68	69	76	74	84	77

- Andelene noe usikkert beregnet i Rogaland fordi senteret er nyopprettet og har overtatt en stor del av pasientene fra Metadonklinikken i Bergen
- \*\* Det foreligger en registreringsproblem i Vestfold i 2000 som gir noe usikkerhet – men ikke slik at det kan influere på oversiktene.

7.5.2.1.1.1.1.1.1 Figur 24. Retensjon i fylkene vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i



Retensjonen fra 2003 som avspeiler i snitt ca 6 mnd behandling, 84 %. Igjen er det størst andel fortsatt i behandling i Helseregion Øst. Helseregion Midt-/Nord-Norge ser ut til å ha hatt større vansker med å holde på pasientene dette året og har klart lavest retensjon. Figur 24 viser de fylkesvise variasjonene med Helseregion Midt-/Nord-Norge beregnet som ett fylke. Det er beregnet prosent poeng avvik for andel i hvert fylke. Forskjellen fra totalandel i Norge (77 %) er vist i figuren. Det er brukt chi-kvadrat og med signifikansgrense satt til 0,05 nivået. Signifikante forskjeller er markert ved skravert kolonne. Figuren viser at det er lav retensjon i de fleste fylkene i Helseregion Sør, særlig i Buskerud og Vestfold. Agder-fylkene har også større frafall enn den er i landet som helhet. De fleste av fylkene rundt Oslo har høy retensjon, særlig Oppland og Nedre Romerike. Oslo danner en midtgruppe sammen med Øvre Romerike, Hordaland, Asker og Bærum og Østfold.

### 7.5.3 Kontinuerlig behandling eller nye behandlingsperioder

Tabell 29. Oversikt over kontinuitet i behandlingen definert som i behandling pr 31.12.03. Omfatter pasienter med behandlingstart fra og med 1999. Prosentangivelser			
Helseregion eller fylke		Aldri utskrevet	Gjeninntatt minst en gang
Midt- og Nord-Norge	N=175	93	7
Hordaland og SF	N=247	85	14
Rogaland	N=185	94	6
Vest	N=416	89	11
Aust-Agder	N= 70	94	6
Vest-Agder	N=145	78	22
Buskerud	N=71	93	7
Telemark	N=126	94	6
Vestfold	N=70	97	3
Sør	N=482	90	10
Akershus – Asker og Bærum	N=123	94	6
Akerhus – Øvre Romerike	N=30	93	7
Akershus – Nedre Romerike	N=64	95	5
Akershus – Follo	N=40	90	10
Oppland	N=99	96	4
Hedmark	N=109	94	6
Østfold	N=125	95	5
Oslo	N=459	94	6
Øst	N=1049	94	6
Norge	N=2122	92	8

Retensjon i behandlingen regnes vanligvis fra først inntak til første utskrivning. I LAR er det en klar målsetting at man skal behandle pasientene i et rehabiliteringsperspektiv slik at de kan utskrives om utviklingen er lite tilfredsstillende uten at kontakten brytes. Meningen er at

behandlere og pasient skal vurdere behandlingen sammen, gjøre de endringer som dette peker mot og deretter fortsette. Enkelte av pasienten i behandling på måletidspunktet kan derfor tidligere ha vært utskrevet. Pasienten kan også ha flyttet til behandling annet sted.

Tabell 29 gir en oversikt over hvor mange som har vært sammenhengende i behandling og hvor mange som har vært utskrevet en eller flere ganger. Tallene gjelder hele perioden.

Det vi kan lese av denne tabellen er at LAR i første rekke er en kontinuerlig behandling. På tross av en ideologi om stadige gjeninntak etter revisjon av tiltaksplan og nye forsøk for de som blir utskrevet, er det få som blir i behandlingen etter gjeninntak. Dette gjelder hele landet med unntak av Vest-Agder og noe mindre utpreget Hordaland, som skiller seg ut med høy andel som tas inn på nytt og blir i behandlingen.

Dette betyr ikke at man raskt blir utskrevet slik det går frem av SKR 2/2004. Tiltakene arbeider lenge med pasienter som ikke har en tilfresstillende utvikling og gjør mange ulike justeringer. Men det kan av denne undersøkelsen se ut som om få vellykket kommer inn igjen om de først blir utskrevet. Til gjengjeld er behandlingen i høy grad kontinuerlig uten avbrekk. Dette er en klart positiv faktor i forhold til en gruppe med langvarige problemer og langsiktige tiltaksbehov.

#### 7.5.4 De som blir utskrevet

Når en pasient blir utskrevet fra LAR opphører det direkte ansvar ved siste dosering som regnes som behandlingsavslutning. I prinsippet er videre oppfølging et ansvar for sosialsenter og fastlege.

Ideologien er likevel at det skal være et kontinuerlig samarbeid for ny oppstart dersom dette er meningsfullt. Pasienten må selv vurdere hva han eller hun vil, og sosialsenteret har primært ansvar for å vurdere hvilket tiltak som er riktig. Fastlegen har ansvar for nødvendig medisinsk oppfølging.

Tabell 30. Oversikt over arbeid med og planer for pasienter utskrevet pr 31.12.03. Pasienter som er flyttet eller døde er ikke medregnet. Prosentangivelse.

Helseregion, fylke eller sektor	Søkt tilbake til LAR	Ikke søkt tilbake i LAR	Er i annen behandling	Ukjent/ikke i behandling*
Midt-/Nord-Norge N=60	37	63	0	100
Hordaland og SF N=69	43	57	4	97
Rogaland * N=18	11	89	1	94
Vest* N=87	37	63	5	95
Aust-Agder N=20	20	80	15	85
Vest-Agder N=55	22	78	33	67
Buskerud N=69	12	78	15	75
Telemark N=38	42	57	8	92
Vestfold N=41	7	93	7	93
Sør N=223	19	76	17	80
Asker og Bærum N=24	38	63	4	96
Øvre Romerike N=9	22	78	33	67
Nedre Romerike N=9	55	45	11	89
Follo N=7	17	86	33	67
Oppland N=9	44	56	0	100
Hedmark N=15	47	53	13	87
Østfold N=25	8	92	0	100

Oslo	N=80	40	60	0	100
Øst	N=171	32	68	5	95
Norge	N=541	29	72	9	92

Ideelt sett skal erfaringene i behandlingen summeres opp og inngå i beslutningsgrunnlaget for neste tiltak om pasienten har behandlingsønske. Sosialsenteret og fastlegen inngår etter modellen i en ansvarsgruppe som kan fortsette sitt arbeid etter ny vurdering i samarbeid med pasienten. Dette kan føre til ny søknad om LAR. Hensikten med slik ny start og hvilke endringer som vil bedre utsiktene i behandlingen skal vurderes før avslutning og inngå i utskrivningsnotat. Her kan man anbefale betingelser som institusjonsinnleggelse, psykiatrisk behandling, endrete tiltak og opplegg i LAR, endrete sosiale vilkår eller kontakt med psykolog som forutsetning.

Undersøkelsen har innenfor aktuell tidsramme måttet begrenses til enkle spørsmål som kan besvares av LAR-sentrene, evt i kontakt med sosialsentrene. Tiltakene er derfor bedt om opplysninger om hvor mange av de utskrevne pasienter som hadde søkt seg tilbake på rapporteringstidspunktet. De ble også bedt om å redegjøre for hvor mange som var i annen behandling. Tabell 30 viser en oversikt.

Tabellen viser først og fremst at sentrene har nokså liten kontakt med utskrevne pasienter. Det er ikke noen høy andel som er søkt tilbake. På landsbasis har 29 % søkt seg tilbake i behandling, nokså jevnt fordelt i regionene. Lavest andel finner vi i Helseregion Sør.

Rapporteringen preges imidlertid av at ulik beregning. Flere regioner har innregnet pasienter som har søkt seg tilbake på et seinere tidspunkt mens for eksempel Vest-Agder har holdt seg til de som hadde søkt pr 31.12.03. LAR Buskerud og LAR Telemark hadde dessuten hatt inntaksstopp og prioritert nyinntak. Samlet har er inntrykke at omtrent en tredel søker seg tilbake til behandlingen og derved er en prosess med flere inntak til en vekstprosess mot bedret rehabilitering kan oppnås for en slik andel.

Vi ser også at få er i behandling i annet tiltak. Det er riktignok svært høy andel hvor senteret ikke kjenner til om annen behandling er iverksatt. Likevel er det viktig å se nærmere på dette området. Dersom LAR er en slags siste instans, vil utskrivning kunne føre til oppgivelse. Dels understrekes behov for en modell for oppfølging, eventuelt med medikamentstøtte med lavere ambisjonsnivå og dels understrekes behovet for omsorgspregete tiltak.

### 7.5.5 Utskrivningsårsak

Tabell 31 viser en oversikt over hvorfor pasientene er utskrevet. Utskrivningsbeslutning er her delt i selvvalgt og utskrivning etter vedtak. Flyttinger og dødsfall i behandlingen er tydeliggjort. Vi ser at 6 % er flyttet til et annet LAR-tiltak slik at behandlingen i virkeligheten fortsetter. Antallet er ikke stort og endrer ikke totalbildet. Det reduserer likevel andelen som ikke fortsetter i behandling noe. Vi ser at 14 % av utskrivningene skyldes dødsfall. Dette tilsvarer 4 % av alle som var i behandling ved årsskiftet og 3 % av alle som har vært i behandling over fem-årsperioden.

De andre utskrivningene dreier seg om de som ikke lenger ønsker behandlingen og de som er utskrevet fordi behandlingen gir for lite tilfredsstillende årsaker. "Vedtak" omfatter her både behandlingsvaner knyttet til vold og trusler og vedvarende bruk av rusmidler med liten bedring i sosial mestring og rehabiliteringsgrad. Også en slik todelingen er et vanskelig skille slik det fremgår av kommentarer til undersøkelsen fra lederen av Metadonklinikken i Bergensklinikkene, senteret for Hordaland og Sogn og Fjordane:

Selvvalgt er en vanskelig kategori. Noen slutter etter eget ønske uten at vi nødvendigvis synes det er så lurt. Noen vil ha benzodiazepin og unngå all "styring", andre vil prøve å klare seg selv mens andre igjen synes at tiltaket ikke svarer til forventningene.

Frivillighet og egenbeslutning er relative fenomener. Noen få ønsker avslutning fordi de føler seg "ferdig behandlet" og ønsker avvenning, men dette er ikke mange. Enkelte sentre beskriver at pasienter ikke så sjelden skriver seg ut selv for å unngå å bli skrevet ut etter beslutning av behandlingstiltaket.

Tabell 31. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/sentre, region og i hele landet. Prosentangivelse.

		Flyttet	Selvvalgt	Vedtak	Død i behandling
Region Midt- og Nord	N=64	0	27	69	5
Hordaland og SF	N=79	3	4	87	6
Rogaland*	N=20	0	10	85	5
Region Vest*	N=99	2	5	86	6
Aust-Agder	N=33	9	36	36	18
Vest-Agder	N=77	12	29	52	8
Buskerud	N=69	4	3	90	1
Telemark	N=38	5	8	77	10
Vestfold	N=43	2	5	93	0
Region Sør	N=260	7	16	73	7
Akershus – Asker og Bærum	N=42	19	29	36	17
Akerhus – Øvre Romerike	N=10	0	30	70	0
Akershus – Nedre Romerike	N=9	11	22	44	22
Akershus – Follo	N=7	0	29	57	14
Oppland	N=13	15	0	69	15
Hedmark	N=17	0	6	82	12
Østfold	N=34	3	56	24	18
Oslo	N=121	8	21	31	40
Region Øst	N=253	9	25	39	27
Hele landet	N=676	6	19	62	14

### 7.5.6 Situasjonen for de utskrevne

Det er åpenbart viktig å undersøke situasjonen til de som er utskrevet. Undersøkelsen er imidlertid utført under betydelig tidspress med små ressurser. Oppgavene bygger derfor bare på den kjennskap hvert enkelt sted har til utskrevne pasienter. Enkelte av tiltakene, her merket

med \*, har gjennomført en enkel spørreundersøkelse av situasjonen til utskrevne pasienter ved kontakt til sosialsenteret.

De valgte kategoriene er brede slik at en kan gi en grov skisse av situasjonen. For kategorien "god" skal pasienten så vidt bedømmer kjenner til være tilfredsstillende rehabilitert uten eller med ubetydelig misbruk. Kategorien "klarer seg" skal brukes for pasienter som har tydelige problemer som kan omfatte misbruk og misbruksperioder men slik at pasienten i hovedsak har orden på sin tilværelse. Kategorien "omfattende misbruksliv" dekker alle tilstander hvor misbruk dominerer livsførselen og/eller livssituasjonen er kaotisk og/eller vanskelig med omfattende hjelpebehov. Kategoriene er ikke vurdert i forhold til reliabilitet og inntrykket er at kategoriene ikke brukes likt og ikke helt konsekvent. Tolkningen bør begrenses til en antydning om hvilken andel som er i et kritisk preget rusliv og hvilken andel som klarer seg noenlunde i hverdagen.

Tabell 32 viser en oversikt. Vi ser at andelen ukjent gjennomgående er nokså høy. Andelen med dårlig situasjon dominerer antakelig. Det vil også være noen dødsfall i denne kategorien. Et inntrykk av situasjonen får vi ved å se spesielt på de tiltakene som har vurdert den enkeltes situasjon sammen med sosialsenteret (merket \*).

Tabell 32. Situasjon for utskrevne pasienter 31.12.03. Prosentangivelse i parentes.							
Region , fylke, sektor		Flyttet	God	Usikker	Dårlig	Død i/etter	Ukjent
Midt- og Nord	N=64	0	5	0	36	6	53
Hordaland og SF	N=79	3	0	13	44	10	30
Rogaland	N=20	0	0	0	25	10	65
Vest	N=99	2	0	10	40	10	37
Aust-Agder*	N=33	9	9	15	27	30	18
Vest-Agder	N=77	12	6	12	3	17	51
Buskerud*	N=69	4	9	20	46	6	14
Telemark*	N=48	4	13	27	42	17	6
Vestfold	N=43	0	2	63	5	7	23
Sør	N=276	6	8	25	24	15	23
Asker og Bærum*	N=42	19	10	24	7	24	17
Øvre Romerike*	N=10	0	10	40	10	10	30
Nedre Romerike	N=9	1	0	1	2	3	2
Follo	N=7	0	0	43	0	14	43
Oppland*	N=13	15	0	31	38	15	0
Hedmark*	N=17	0	0	12	76	12	0
Østfold*	N=34	2	15	18	15	24	26
Oslo	N=121	3)	0	9	19	31	47
Øst	N=253	6	4	16	16	26	32
Norge	N=692	5	5	17	24	17	31

Med disse forbeholdene ser vi at bildet er nyansert. 5 % er flyttet til annet LAR-tiltak og kan antas å ha en akseptabel situasjon. % er vurdert til å ha en god situasjon. Noen av disse er helt uten rusmiddelbruk slik det fremgår av denne beskrivelsen:

Pasienten ble skrevet ut etter en lengre misbruksperiode og var i grunnen selv enig i at behandlingen ikke førte frem til noe. Vi har siden ikke hatt kontakt med ham, men sosialkontoret opplyser at han flyttet til et evangeliesenter hvor han traff en søt pike. Han flyttet til hennes hjemsted og har fast forhold og lever visstnok rusfritt.

Det er også noen som har mindre betydningsfullt bruk som ikke forhindrer at de ser ut til å leve i ordnete forhold og er sosialt og eventuelt yrkesmessig rehabilitert. Samlet er det imidlertid ikke mange. Høyeste oppgitte andel er 15 % og flere oppgir at det ikke er noen i deres område slik at anslaget er høyst usikkert.

Den største gruppen er den som betegnes som "Omfattende rusliv – dårlig", anslagsvis en fjerdedel. Gruppen hvor tilstanden er ukjent, vil nok også i hovedsak best karakteriseres på denne måten selv om noen kan klare seg og ønske avstand til tiltaksapparatet. Likevel er det rimelig å anse andelen i omfattende og ofte kritisk rusmiddeldominert liv til å være over halvdel av de utskrevne.

I tillegg til de 89 som døde under behandling, kjenner tiltakene til at 30 er død etter utskrivning. 321 personer er utskrevet som levende i ulike grad av rusmiddelkontroll. Mortaliteten blant disse er altså ca 10 %, og i tillegg kan mørketallene være betydelig. Det bør likevel minnes på at dette ikke er årlig mortalitet siden dødsfallene har inntruffet over en femårsperiode. Det er planlagt en særlig undersøkelse som kryssregister undersøkelse i forhold til sentrenes registre og SSB dødsårsaksregister. Denne blir imidlertid først ferdig i 2005.

### 7.5.7 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det er et reelt frafall i behandlingen. Grovt sett kan en si at 3-4 av 10 før eller siden slutter i behandlingen eller blir utskrevet mot sin vilje. LAR er derfor ikke en livslang behandling for alle.

Undersøkelsen viser imidlertid at alle sentre i Norge har en høy retensjon om en sammenlikner med internasjonale etterundersøkelser. Det vanlige er å undersøke retensjonen etter 3, 6 eller 12 måneder. Statens beredning for medicinsk utvärdering i Sverige har gjennomført en stor litteraturgjennomgang over behandlingsforskningen på rusmiddelområdet (19). Ett av effektmålene er retensjon i behandlingen. Rapporten redegjør ikke for hvilket tidsrom de enkelte undersøkelsene beregner retensjonen i forhold til, antakeligvis fordi de ulike prosjektene har brukt ulike tidslengde. Et gjennomsnitt på 6 måneder bedømmes til å være et rimelig anslag.

Seks måneders retensjon svarer til retensjonen av de som var tatt inn i behandling første gang siste år under forutsetning av jevnt inntak hele året. I denne undersøkelsen kan dette sammenliknes med retensjonen for årskullet 2003. I følge den svenske utredningen er retensjonen typisk sett på 50 % for doseringer under 50 mg metadon/dag og 61 % for doseringer 80-100 mg. En annen metaanalyse (20) viser at retensjonen varierer fra 20 % til 87 %, i denne studien for en tidsperiode som varierer fra 15 – 32 uker. Funnet i Norge er at den i gjennomsnitt er 84 % for siste år og 77 % for hele femårsperiodoen. Det er derfor grunn til å mene at behandlingen i Norge fører til høy retensjon, mange blir i behandlingen. Det er imidlertid også tydelig at retensjonen varierer mellom regionene og fylkene. Ett tydelig inntrykk er at områder med restriktiv praksis, se kapittel 7, har lavere retensjon.



Det er selvsagt et viktig å undersøke hvordan det står til med de som ikke lenger er med i undersøkelsen. Det kan tenkes at en del av de som skrives ut, har lært så vidt mye gjennom rehabiliteringsperioden at de mestrer en ordnet tilværelse. Noen kan også ta sikte på full avvenning og tilværelse uten bruk av opioider. I andre etterundersøkelser finner man oftest en viss del. Den mest grundige vurderingen har vi i en svensk doktorgrad som vurderer at ca 20 % selv vil ønske å avslutte med en ordnet nedtrapping mot frihet fra morfinstoffer. Halvparten av disse vil makte å gjennomføre dette og halvparten av disse igjen – altså 5 % av alle, vil makte et varig opioid-fritt liv (21;22). Denne undersøkelsen peker i samme retning. Heroinavhengighet er imidlertid en alvorlig tilstand med høy mortalitet og betydelige konsekvenser for evnen til selvomsorg og sosial funksjon. Utskrivning kan derfor føre til dødsfall og lav livskvalitet. Vi ser at rundt 15 % av utskrivningene er forårsaket av dødsfall i behandlingen. Dette tilsvarer en årlig mortalitet i behandling på mellom 1 og 2 %. Dette er et vanlig funn i vedlikeholdsbehandling når denne sikter mot grupper med stor sykelighet og skyldes vanligvis ulike sykdommer og ulykker. Undersøkelsen kan ikke gi nærmere svar på dødsårsakene.

Spesielt må en være oppmerksom på andelen dødsfall blant de som skrives ut. Her peker undersøkelsen mot forhøyet mortalitet på omtrent 10 % i løpet av undersøkelsesperioden. Mørketall kan imidlertid gjøre at den reelle mortaliteten er høyere. Det er vanlig å finne forhøyet mortalitet etter utskrivning (23-25) og derfor god grunn til å vurdere dette området nærmere.

## 8 RESULTATER – HVORLEDES HAR DE DET?

LAR tar sikte på sosial og yrkesmessig rehabilitering med det eksplisitte siktemål at pasienten skal få et bedre liv uten rusmiddelbruk, med et nettverk utenfor rusmiddel miljøene og med yrkesmessig og/eller sosial utfoldelse i fritiden. Mestring av rusmiddelproblemene er altså bare ett av flere mål.

Dette kapitlet tar sikte på å vurdere måloppnåelse og negative funn nasjonalt, regionalt og i forhold til tiltakene i fylkene. Det sentrale grunnlaget er hentet fra statusrapporten (SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering 2002-2003). For alle sentrene gjelder det at mellom en tredel og en fjerdedel av pasientene er kvinner. Gjennomsnittsalderen er 39 år. Det er liten endring fra 2002 til 2003 og liten forskjell mellom regionene. Det er noe lavere andel kvinner Helseregion Vest og Sør. Den fylkesvise fordelingen viser liten variasjon (Se SKR 4/2004)

### 8.1 Psykiske vansker siste fire uker

Til syvende og sist er det avgjørende spørsmålet om pasientene får bedret sin livskvalitet. Statusundersøkelsen inkluderer ikke spørsmål om dette på grunn av metodevansker. Den inneholder imidlertid spørsmål om pasienten har hatt alvorlig depresjon, alvorlig angst eller vrangforestillinger/hallusinasjoner minst én av de siste fire ukene. Svarmønsteret i 2002 viste at det var lite konsistente skåringer. For 2003 ble derfor instruksjonen endret slik at den omfatter konkretisering av hvilke symptomer som skal være tilstede for at en skal bruke betegnelsen depresjon eller angst og hvorledes begrepet vrangforestillingen og hallusinasjoner skal oppfattes. Ja-svar vurderes som sannsynlig psykose. Skåringen skal bygge på utfyllers vurdering på bakgrunn av direkte kontakt med pasienten.

Reliabilitetsundersøkelsen viser at disse spørsmålene har lav reliabilitet. Usikkerheten ved utfyllingen er også stor slik dette viser seg i andelen som er skåret med ukjent. Samlet gjør dette at en ikke kan legge vesentlig vekt på svarene. Statusundersøkelsen kan derfor bare brukes som en grov indikator på at pasienten i LAR ofte plages med angst og/eller depresjon. Det er ikke grunnlag for å legge vekt på regionvise eller fylkesvise forskjeller.

### 8.2 Livssituasjon

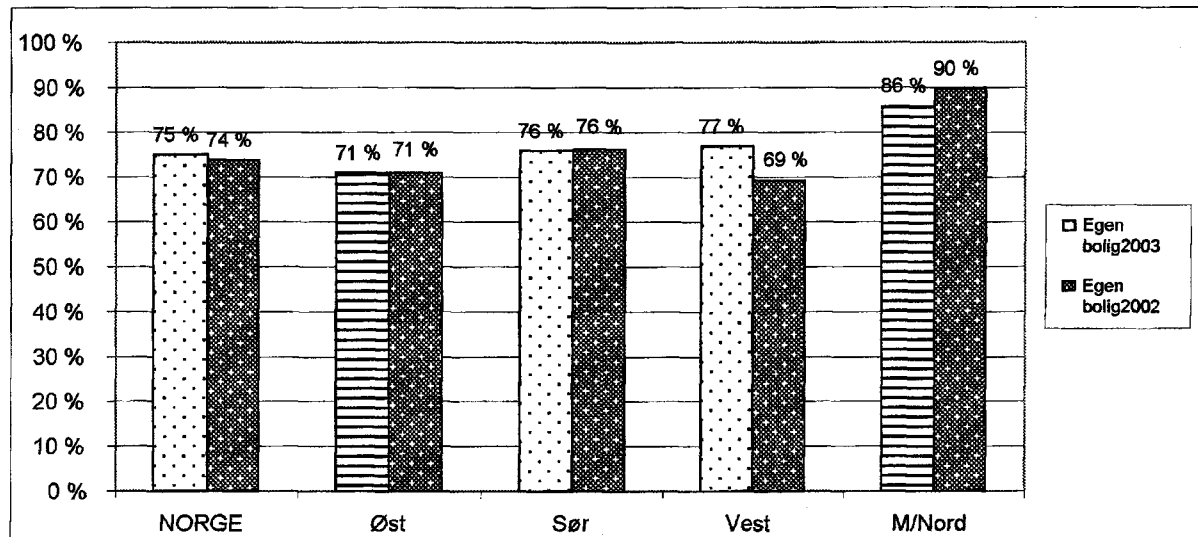
#### 8.2.1 Bolig

Spørreskjemaet har svarkategoriene ingen bolig, hospits, institusjon, fengsel, hos foreldre, hos andre, egen eiet eller leiet bolig, annet og ukjent. Vi har her valg ut andel med egen leiet eller eiet bolig som indikator på tilfredsstillende bosituasjon.

Figur 25 viser at ca 75 % av pasientene hadde egen bolig i 2003. Dette var nærmest uendret fra 2002. Målgruppen er vanligvis karakterisert ved lav bostandard og mange midlertidige bosituasjoner. Det norske systemet forutsetter at sosialsenteret følger opp bosituasjonen før, eller aller senest ved oppstart av LAR. Vi ser at dette fører til at de fleste får en akseptabel bolig.

Som det fremgår er det en reell forskjell mellom regionene. Helseregion Midt-/Nord-Norge har signifikant høyere andel med egen bolig. I denne regionen var det en svak nedgang fra 2002 mens Region Vest som hadde lavest i 2002, var kommet over gjennomsnittet i 2003. I 2003 var andelen i Helseregion Øst signifikant lavere enn i landet.

Figur 25. Andel pasienter med egen bolig i 2002 og 2003, lands- og regionoversikt. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



Fylkesvis oppdeling som ikke her tatt med her, tydeliggjør forskjellene. Bak det regionale mønsteret finner vi at en signifikant større andel pasienter har egen bolig i Rogaland og i Midt-/Nord-Norge sammenliknet med landsgjennomsnittet. Det samme gjelder i fylkene Oppland, Østfold og Vestfold. Lavest ligger Oslo der 62 % har egen bolig. I Oslo var 22 % på institusjon eller bodde i hospits. Dette er signifikant lavere enn andelen i landet. Se SKR 4/2004..

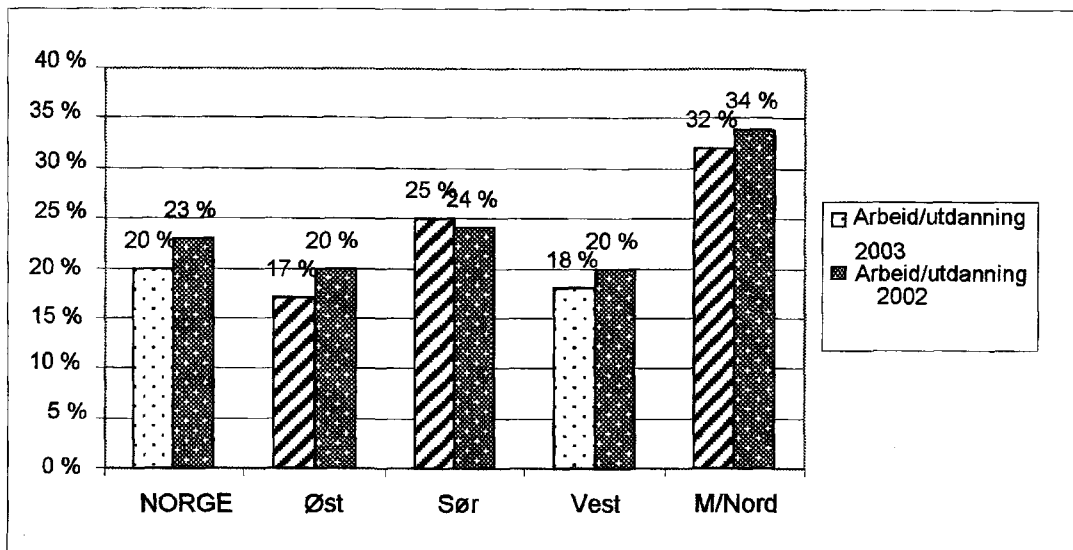
## 8.2.2 Beskjeftigelse

Statusundersøkelsen skårer beskjeftigelse etter yrkesstatus, deltakelse i arbeidstreningskurs, dagtilbud og fast fritidsaktivitet.

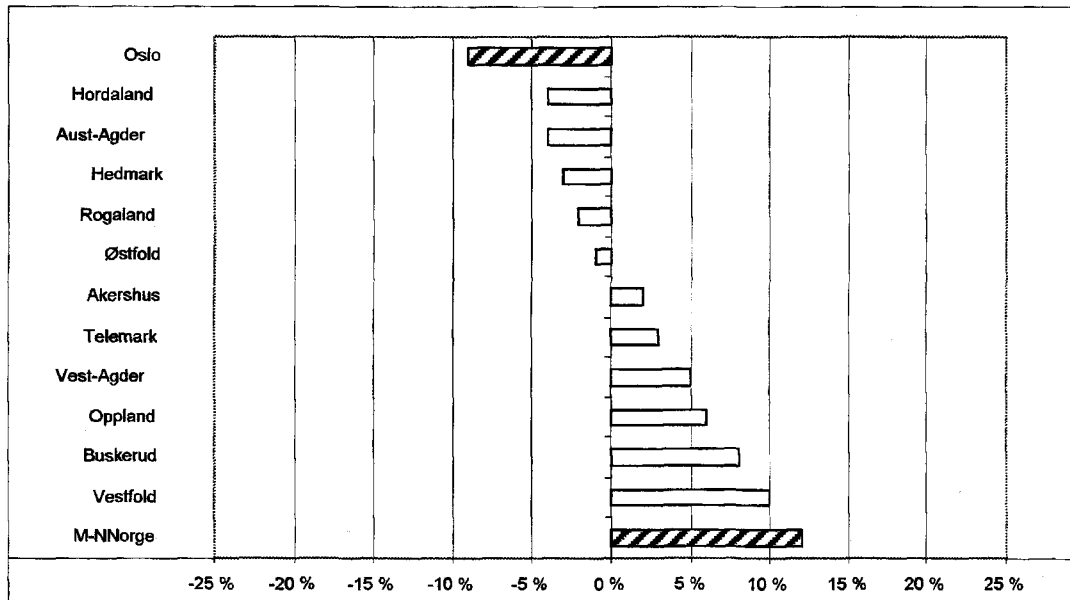
Vi har her valgt ut yrkesstatus hvor svarmulighetene er "uten beskjeftigelse, heltidsjobb, deltidsjobb, under utdanning, i deltidsjobb og utdanning". Vi har tatt sikte på en indikator på yrkesmessig rehabilitering og slått sammen de som var i hel- eller deltidsarbeid og de som var i utdanning til en gruppe med yrkesrettet beskjeftigelse.

Figur 26 viser at 20 % var i denne gruppen i 2003, en nedgang på 3 % poeng fra 2002. Vi ser også at det er tydelige og signifikante forskjeller slik at Region Øst ligger klart under andelen i landet mens Region Sør og særlig Region Midt-/Nord-Norge ligger tydelig over. I Helseregion Midt-/Nord-Norge er andel i yrkesrettet beskjeftigelse på hele 32 %.

8.2.2.1.1.1.1.1 Figur 26. Andel i yrkesrettet beskjeftigelse i landet og i regionene



Figur 27. Andel i yrkesrettet beskjeftigelse Forskjeller mellom fylkene. Andel i arbeid/utdanning, vist som avvik i % poeng av totalandel fra Norge. Andel i Norge er 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser signifikant forskjell fra Norge



Samlet peker resultatene mot at andelen som kommer i lønnsarbeid er beskjeden. Sett i relasjon til at målgruppen oftest har hatt et langvarig livsløp utenfor arbeidsmarkedet, er det likevel et akseptabelt nivå. Mange har aldri hatt fast jobb, enn si noen jobb over hodet. Det betyr imidlertid også at vi trenger andre mål for å kunne vurdere hvor vellykket rehabiliteringen er.

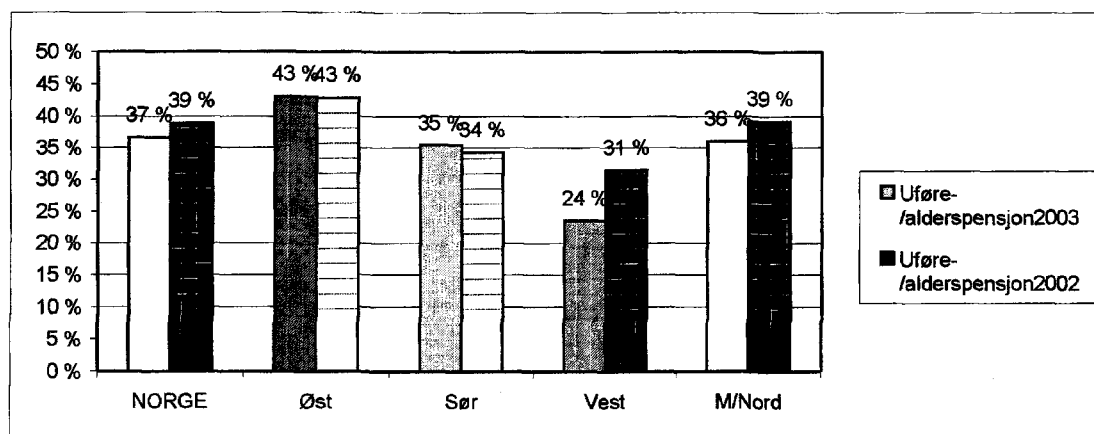
Figur 27 viser variasjonene i yrkesrettet beskjeftigelse vurdert i forhold til andelen i fylkene. Vi ser at det bare er Oslo og Region Midt-/Nord-Norge som skiller seg signifikant fra andelen i Norge. Disse representerer altså en slag ytterpoler. Vi ser imidlertid også at nesten alle tiltakene i Helseregion Sør grupperer seg med høyere andel og tiltakene i Helseregion Øst og Vest med lavere andel.

### 8.2.3 Andel trygdete

Ett av spørsmålene i statusundersøkelsen dreier seg om pasientenes viktigste inntektskilde. Her er kategoriene "forsørget av andre, arbeidsinntekt, studielån/stipend, dagpenger, sykepenger, attføring/rehabilitering, uføre/alderspensjon, stønad som enslig forsørger og sosialhjelp". Det er få med lønnsinntekt som viktigste inntektskilde. Vi har valgt ut kategoriene uføre-/alderspensjon og sosialstøtte.

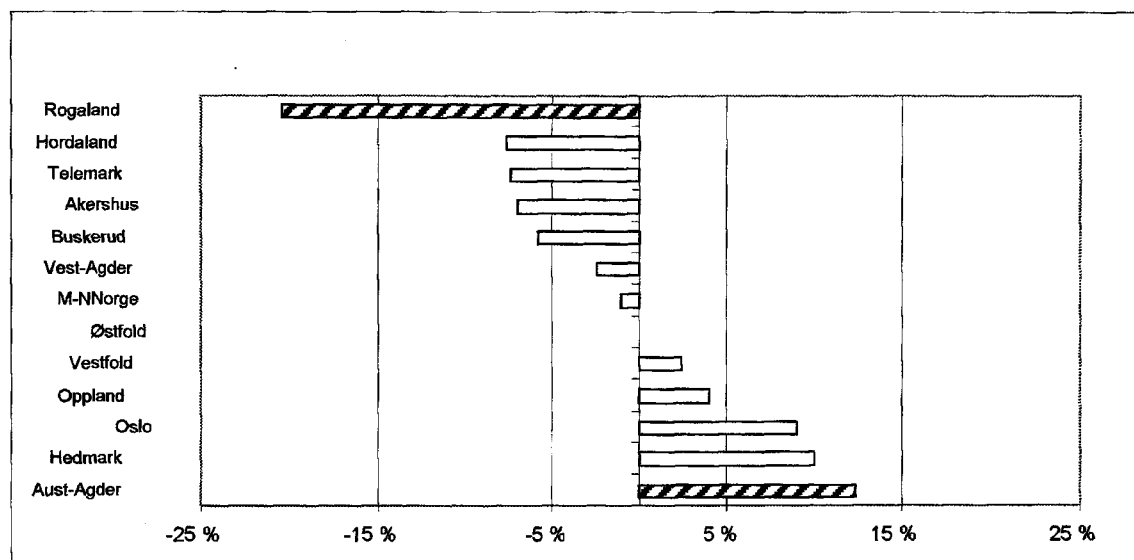
Figur 28 viser at landsgjennomsnittet er 37 % med uføretrygd. Dette peker mot en gruppe med høy sykkelighet og svekket funksjon. Det var signifikant flere uføretrygdete i Helseregion øst og lavere i Helseregion Vest i 2003.

#### 8.2.3.1.1.1.1 Figur 28 Andel med trygd som viktigste inntekt i landet og i regionene



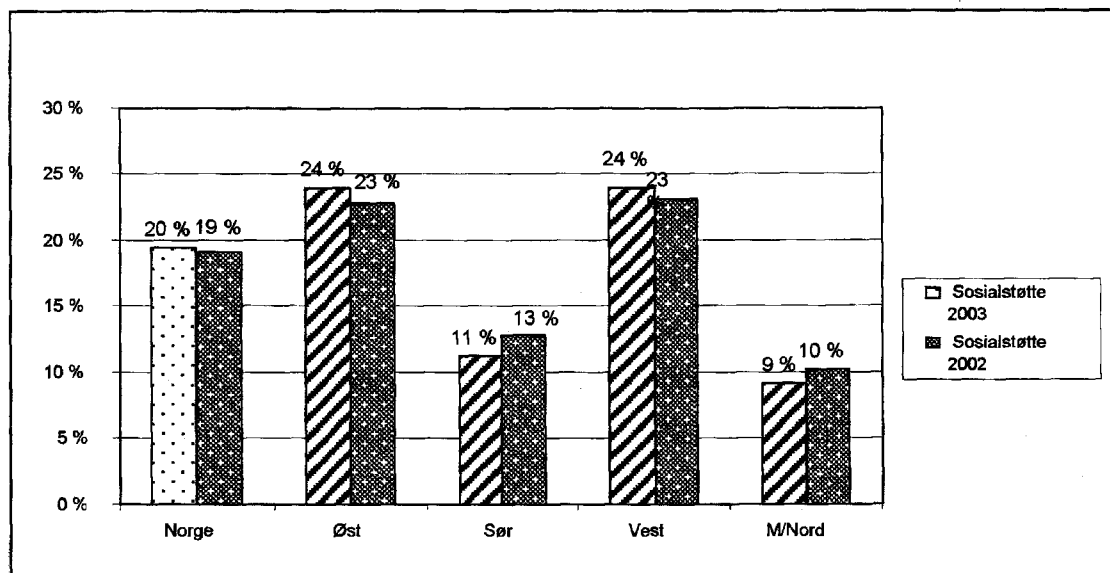
Når vi undersøker i forhold til fylkene (figur 29), finner vi at mønsteret med lav andel trygdete i Helseregion Vest forklart med svært lav andel i Rogaland. Den høye andelen i Region Øst er antakelig en summasjonseffekt av antall og andel i flere fylker enn Oslo.

Figur 29. Andel trygdede, Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel i landet. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen

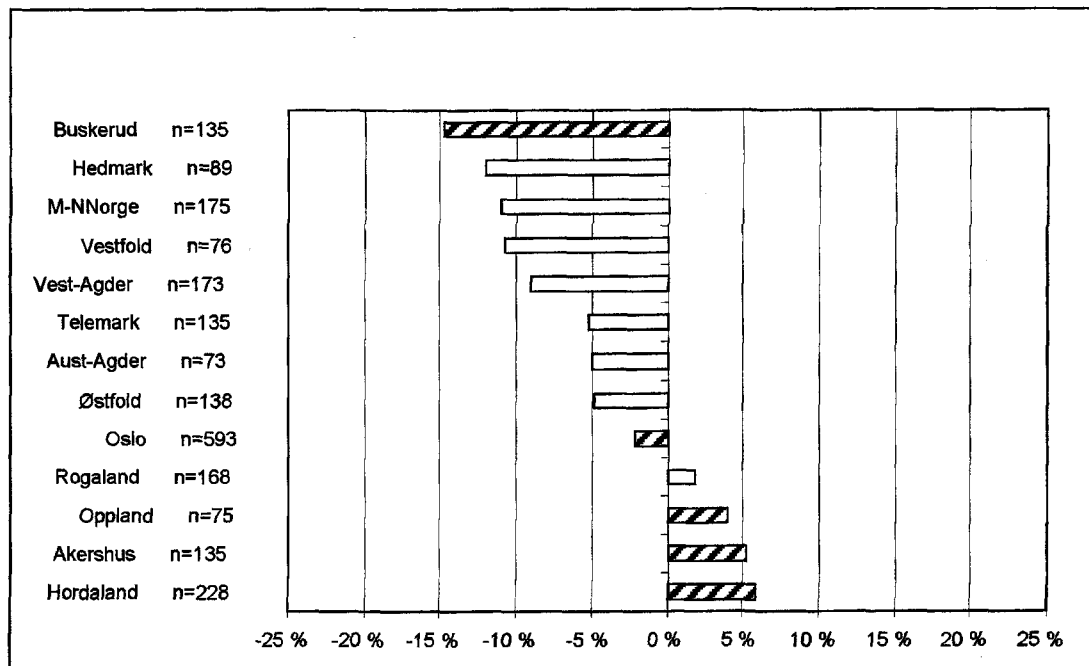


### 8.2.4 Andel med sosialstøtte

Figur 30. Andel med sosialstøtte i landet og i regionene



Figur 31. Andel pasienter med sosialstøtte vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge vist som 0-verdi på X-aksen



Figur 28 viser at omtrent hver tredje i landet som har LAR lever av trygd. Figur 30 viser at det i tillegg er en femtedel som lever av sosial støtte. Vi ser også at andelen er klart høyest i Helseregion Øst og Vest mens de to andre regionene ligger klart under andelen i landet. Setter vi disse funnene sammen, ser vi at Helseregion Øst både har den høyest andelen med trygd og sammen med Region Vest også den høyest andelen med sosial støtte som inntekt. Dette kan peke enten mot at pasientene i LAR er mer preget av svekket funksjon eller at rehabiliteringsarbeidet er mindre intensivt. I de andre regionene er det slik at den som har høy andel med trygd har lav andel med sosial støtte og omvendt.

Når vi går ned på fylkesplan (figur 31), ser vi at andelen med høy grad av sosialstøtte i Helseregion Vest i stor grad har sammenheng med funnene i Hordaland mens det mer er Oppland og Akershus som trekker opp Helseregion Øst. Lav andel finner vi særlig i fylkene i Helseregion Sør.

### 8.2.5 Vurderinger

Undersøkelsene viser at LAR mottar en gruppe mennesker som i gjennomsnitt er nesten 40 år. Ut fra kriteriene skal de typisk sett ha langvarig rushistorie og mange nederlag bak seg. På den positive siden kan det legges vekt på at majoriteten i dag har en stabil livssituasjon med egen eller leiet bolig og en ordnet økonomi selv om denne antakelig ofte er svært trang. Dersom målet er arbeidsforhet, er resultatene skuffende. Maksimalt hver femte har en beskjefteigelse som peker frem mot yrkesaktivitet og mer enn en tredel er uføretrygdet. På tross av at de fleste har vært lenge i LAR, har i alle fall hver femte sin hovedinntekt fra sosial støtte. Svært mange har åpenbart ulike former for kommunal støtte og systemet er avhengig av at det kommunale apparatet tar betydelige byrder. Undersøkelsen er ikke lagt opp for å vise endringer hos den enkelte over tid, og den kan derfor ikke vise om det er en bevegelse fra

sosialstøtte til attførings- og uføretrygd. Dette har tidligere undersøkelser gjort sannsynlig(9;11). Siden mange av pasientene har hatt sosialstøtte fra før, vil totalsummen kunne bli den samme eller mindre dersom trygdesystemet får større andel. Det er imidlertid gjort endringer i trygdevurderingene som har gjort det vanskeligere å oppnå uføretrygd. Undersøkelsen viser et tydelig regional mønster slik at Helseregion Øst har høyere andel med sosial støtte og trygdesituasjon lavere andel i yrkesrettet beskjeftigelse mens Helseregion Midt-/Nord-Norge har lav andel med sosial støtte og høy andel med yrkesrettet beskjeftigelse. De andre regionene har situasjoner mellom dette men likevel slik at Helseregion Vest særpreges av høy andel med sosial støtte og lav med trygdeytelser mens det er motsatt i Helseregion Sør. Internasjonalt er grad av rehabilitering i vedlikeholdsbehandling lite utforsket. I tidlige undersøkelser (26-29) er det vist en økte rehabilitering under behandling slik det også finnes her. Men graden av rehabilitering er i liten grad utforsket. Vi kan derfor vanskelig si annet enn at vi finner en viss grad av yrkesmessig rehabilitering mens den største gevinsten synes å komme som bedret sosial tilpasning og livssituasjon.

### 8.3 Mestring av rusmiddelproblemene

I statusundersøkelsen er pasientenes rusmestring undersøkt ved urinprøver, egenrapportering til hovedkontakt og ved global funksjon bedømt av hovedkontakt. Hvert rusmiddel ble undersøkt separat: opioider, benzodiazepiner, cannabis, sentralstimulerende midler og alkohol til beruselse. Selvrapporingen gjelder også forekomst av sprøytebruk. Ved urinprøvene skal manglende fremmøte til avtalt prøvetaking regnes som positivt funn, dvs påvist bruk. Medikamenter foreskrevet av lege innregnes ikke. For detaljerte vurderinger henvises til SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering 2002-2003.

#### 8.3.1 Rusmestring de siste fire uker

Tabell 33 viser en oversikt over hvor mange som har fått påvist bruk av opioider og benzodiazepin ved selvrapporing til kontakt og ved urinprøver i 2002 og 2003 i landet og i regionene. Tabell 34 viser det samme for andre vanlig misbrukte rusmidler.

Tabell 33. Andel som har påvist bruk av opioider og benzodiazepiner ved urinprøver og selvrapporing. Prosentangivelser.

	Opioider urinprøver / selvrapportert		Benzodiazepiner urinprøver/ selvrapportert	
	2003	2002	2003	2002
Øst	11 / 13	15 / 16	27 / 30	26 / 40
Sør	11 / 10	11 / 8	28 / 24	28 / 30
Vest	15 / 10	18 / 11	40 / 29	36 / 42
M/Nord	10 / 11	9 / 7	22 / 21	8 / 14
NORGE	12 / 12	14 / 13	30 / 28	26 / 35



Tabell 34. Andel som har påvist bruk av cannabis, sentralstimulerende midler og alkohol ved urinprøver og egenrapport. Prosentangivelser.

	Cannabis Urinprøver/selvrappport		Sentralstimulerende Urinprøver/selvrappport		Alkohol Urinprøver/selvrappport	
	2003	2002	2003	2002	2003	2002
Øst	27 / 32	26 / 27	13 / 12	11 / 11	4 / 8	3 / 7
Sør	29 / 27	28 / 22	17 / 18	17 / 15	4 / 5	6 / 7
Vest	31 / 18	36 / 24	28 / 19	34 / 21	8 / 4	7 / 5
M/Nord	19 / 19	8 / 10	15 / 15	8 / 8	6 / 7	5 / 6
NORGE	28 / 28	26 / 24	17 / 15	15 / 13	5 / 7	5 / 7

Vi ser at det er nokså liten forskjell på bedømmelsen enten en bruker urinprøver eller selvrapportering. 12 % har brukt opiater, i praksis heroin, siste 30 dager, 30 % eller litt under det har brukt benzodiazepin, litt over en fjerdedel (28 %) cannabis 13-15 % amfetamin, for det meste amfetamin. Svært få har drukket så mye at de bedømmer det som misbruk og/eller at det vises på urinprøvene.

Det er noen tendenser det er verd å legge merke til. For det første er andelen gjennomgående litt høyere ved selvrapportering enn ved prøveri Helseregion Øst. Pasientene har altså i denne regionen fortalt om en del tilfeller av bruk som prøvene ikke har fanget opp. Det motsatte er tilfelle i Helseregion Sør og Vest. I disse regionene tas det svært mange prøver som vist tidligere i rapporten. I Helseregion Midt-/Nord er det omtrent samme andel ved de to rapportformene. Dette kan tyde på god kontakt med pasientene.

For det andre synes det å være regionale forskjeller. Når det gjelder heroin, peker Helseregion Vest seg ut med høyere andel bruk mens de andre er nokså like. Når det gjelder benzodiazepinbruk ligger Helseregion Vest høyt og Region Midt-/Nord-Norge lavt mens det ser ut som om først og fremst den lave andelen med bruk i Midt-/Nord-Norge er det som er tydelig når det gjelder cannabis. En mulig forklaring på mønsteret er at man har så vidt stor andel som stabiliseres med Subutex i Region Vest og kanskje på tett kontakt og klare holdninger i Region Midt-/Nord-Norge.

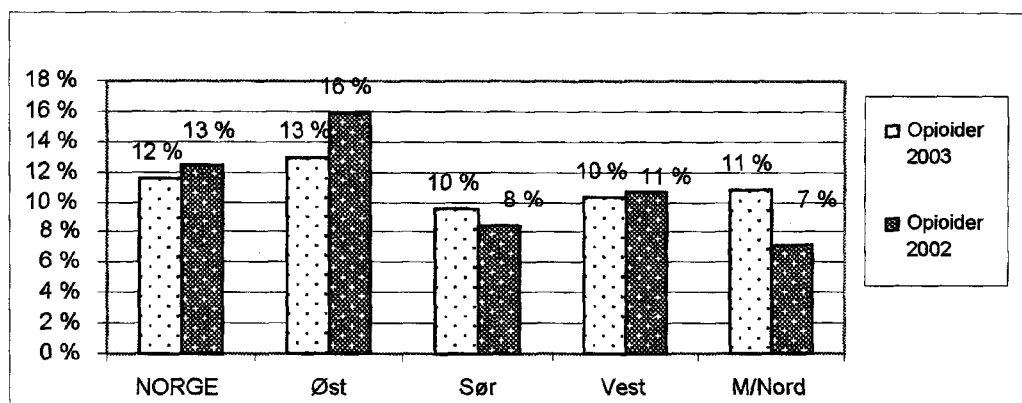
Når det gjelder utvikling ser vi en svak nedgang fra 2002 til 2003 i forhold til opioider, først og fremst i Helseregion Øst. Helseregion Midt-/Nord-Norge har hatt en svak økning.

Når det gjelder benzodiazepin, er utviklingen uklar. Andelen med bruk ligger på mellom en tredel og en fjerdedel, noe høyere angitt ved selvrapportering. Urinprøvene peker mot en viss økning av bruken, særlig i Helseregion Midt-/Nord-Norge.

### 8.3.2 Opiater – heroin

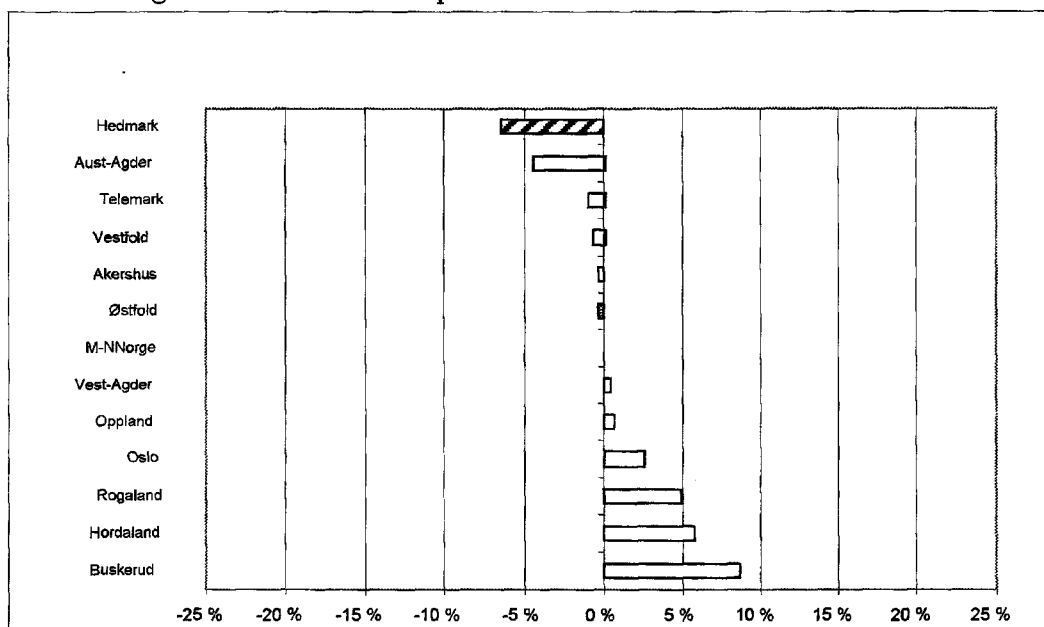
Vi har sett nærmere på bruken av opiater. Figur 32 viser at en nokså jevn fordeling av andeler med påvist bruk gjennom urinprøver. I 2002 var det en tydelig forskjell, særlig mellom Helseregion Øst og Helseregion Midt-/Nord-Norge. I 2003 har andelen minsket i Helseregion Øst og økt i region Midt-/Nord-Norge slik at forskjellen ikke lenger er signifikant.

8.3.2.1.1.1.1 Figur 32. Andelen som har urinprøver positive på opioider i landet og i regionene.



Vi har så analysert den fylkesvis fordeling av andel pasienter som har fått påvist bruk av opiater både ved urinprøver og ved selvrappoteringer. Figur 33 viser fordelingen i fylkene ved bruk av urinprøver. Her ser vi at de tydeligste forskjellene er mellom Hedmark og Aust-Agder med lav andel og Buskerud, Hordaland og Rogaland med høy andel.

Figur 33 Andel med minst en urinprøve positiv på opiater siste fire uker, i landet og i fylkene. Fylkesvise forskjeller er vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen

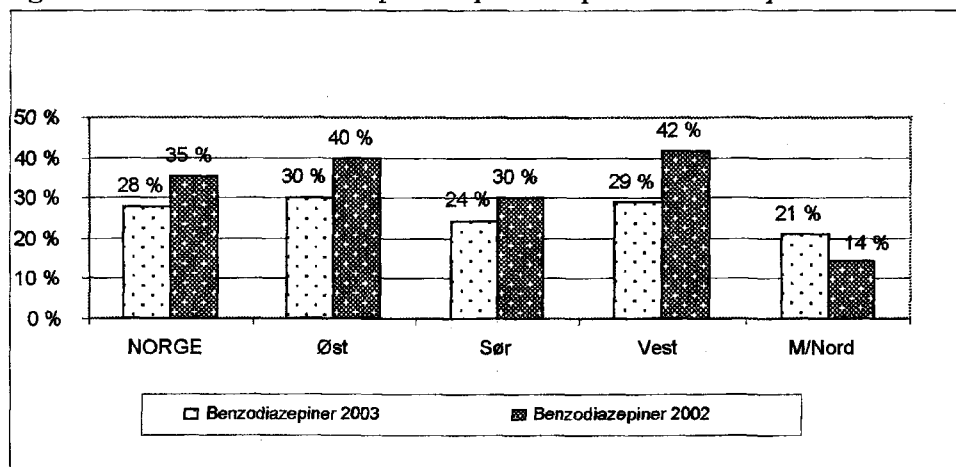


Tar vi utgangspunkt i selvrappoterering (se SKR 4/2004) vil mønsteret være noe annerledes. Oslo kommer da høyes med 4 prosentpoeng høyere andel med bruk i forhold til landsgjennomsnittet og Telemark lavest med 7 prosentpoeng lavere. Det er altså noen forskjeller mellom selvrappoterering og urinprøver slik at Oslo kommer ut med høyere andel med selvrappoterering. Likevel er det stort sett samsvar mellom funnene ved urinprøver og ved rapportering. Hoveddelen av tiltakene har noe over 10 % som er funnet med tegn på heroinbruk.

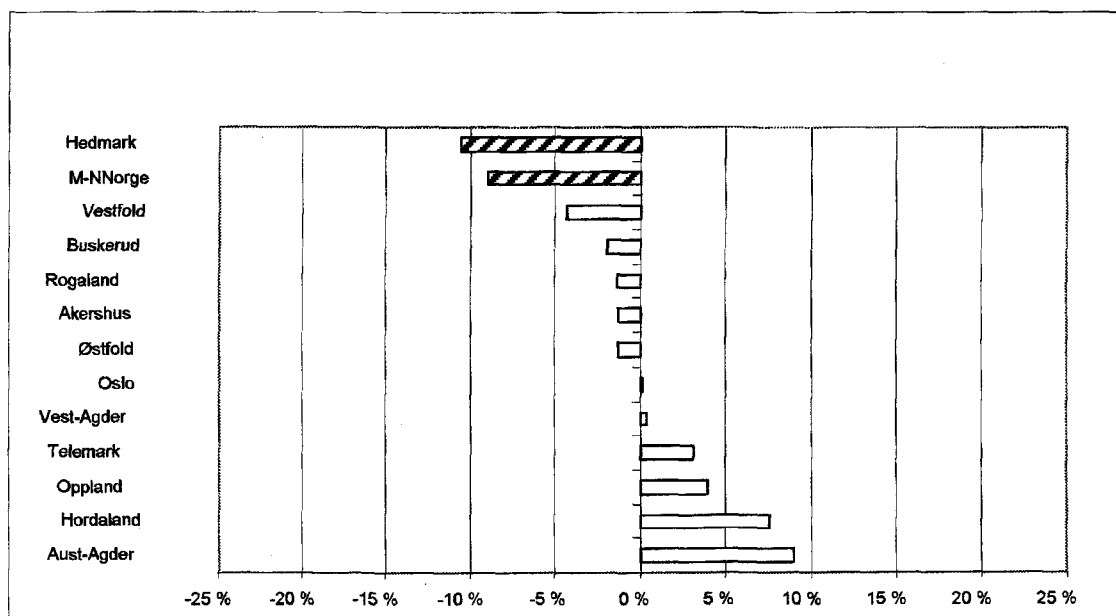
### 8.3.3 Benzodiazepin

Forskjellene er noe større når det gjelder benzodiazepinbruk. Også på dette området er tendensen et visst fall i bruk i alle regioner fra 2002 til 2003 frasett Midt-/Nord-Norge hvor det har vært en viss økning. Noe over en fjerdedel har bruk midlene siste måned.

Figur 34. Andel som har urinprøver positive på benzodiazepiner i landet og i regionene



Figur 35. Andel med minst en urinprøve positiv for benzodiazepin. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i %poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen.



Vi har også her analysert variasjonene i andel mellom fylkene både ved urinprøver og ved selvrappoterering. Figur 35 viser fordelingen ved urinprøver. Vi ser at ved urinprøver skiller Hedmark og Midt-/Nord-Norge seg signifikant fra andelen i landet mens Aust-Agder, Hordaland og Oppland har høyere andel men uten å nå et signifikant nivå.

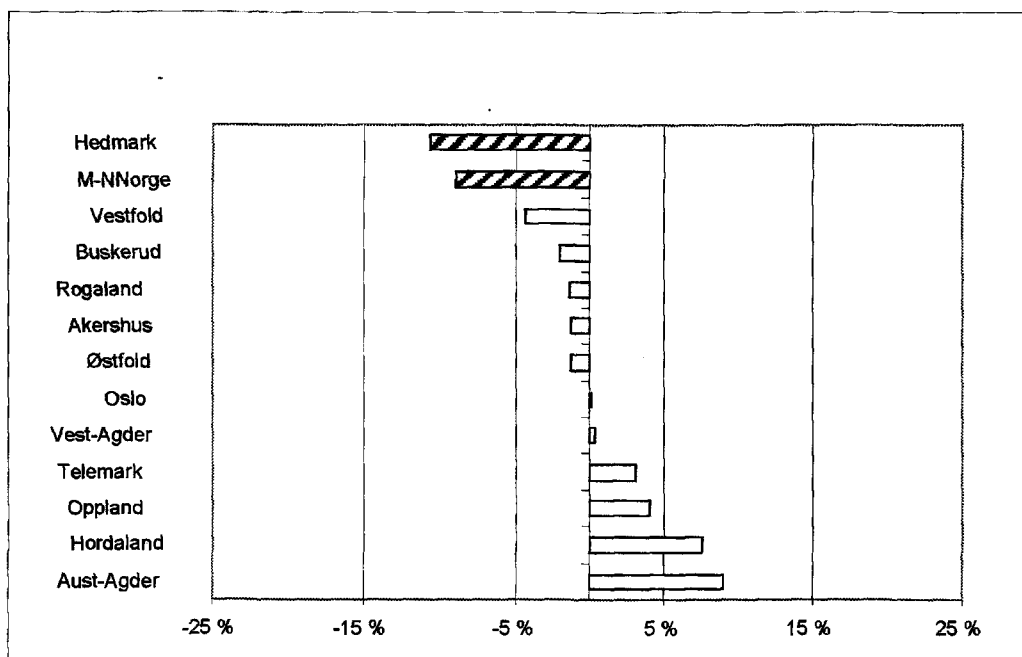
Ved selvrappoterering kommer de fleste av fylkene rundt Oslo, fylkene i Trefylkesamarbeidet og Midt-/Nord-Norge ut med lav andel, flere på et signifikant nivå. Hordaland, Oslo og Aust-Agder skiller seg ut ved høyere andel, dels på et signifikant nivå. Dette er vist i SKR 4/2004.

Det er noen mønstre som går igjen men forskjellene mellom funnene ved selvrapportering og urinprøvesvar er stor når vi kommer ned på fylkesnivå. Den mest rimelige forklaring er at selvrapportering forutsetter en kontakt og trygghet som ikke nødvendigvis er til stede. Trygghet gir høyere og utrygghet lavere andel. Det vil derfor bli lagt hovedvekt på urinprøvene i den fortsatte drøftingen.

### 8.3.4 Cannabis

Når det gjelder cannabis, vil prøver være positive svært lenge etter et inntak. Dette gjør på den ene siden at det er vanskelig å skjule bruk. På den annen side vil prøvene vise også et klinisk lite betydningsfullt bruk.

Figur 36. Andel med minst en urinprøve positiv på cannabis siste fire uker, i landet og fylkene. Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen



I rapporten legges det først og fremst vekt på urinprøvene. Figur 36 viser andelen med bruk er høyest i tiltakene i Aust-Agder og Hordaland mens den er lavest i Hedmark og Midt-Nord-Norge. Selvrapportering gir vesentlig høyere andel med bruk i Oslo og Vest-Agder, mens urinprøverapportering gir høyere andel i tiltakene i Rogaland, Buskerud, Telemark og Hordaland. (SKR 4/2002) Bruken av cannabis er vesentlig mer utbredt i urbaniserte fylker, særlig i Oslo, men dette ser ikke ut til å være en hovedforklaring.

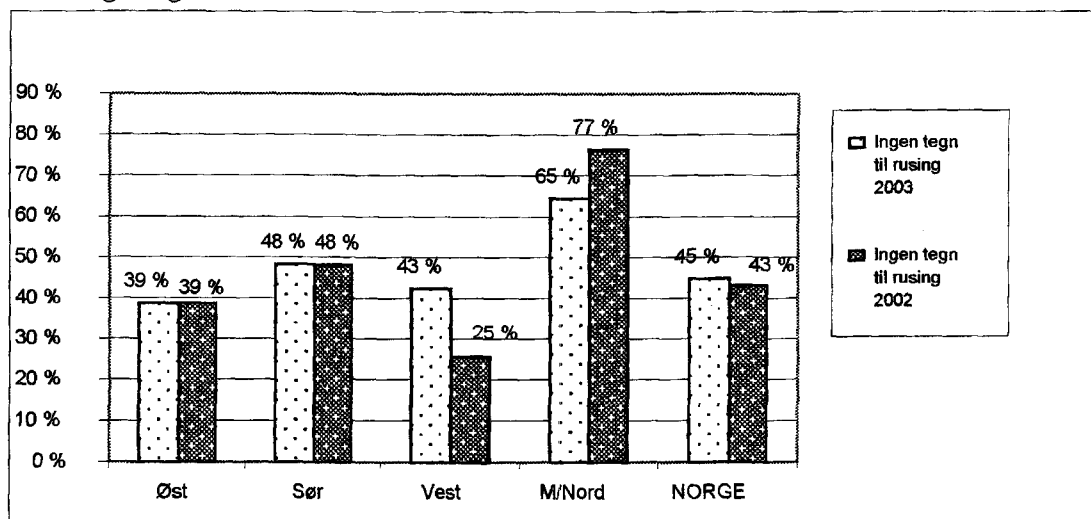
### 8.3.5 Helhetlig rusmestring

Statusundersøkelsen inneholder også et spørsmål om hvorledes pasientens hovedkontakt bedømmer pasientens rusmiddelbruk i et helhetlig perspektiv, såkalt helhetlig vurdering av rusmestring. Svarkategoriene er "Ingen tegn til rus verken klinisk bedømt eller ved prøver",

”Enkeltstående tegn, bedømt som tilfeldige/mindre betydningsfulle”, ”Utilstrekkelig ruskontroll men utskrivning ikke aktuelt”, ”Alvorlige rusproblemer, fare for utskrivning”, ”Utskrevet pga vedvarende rusmisbruk”. Det henvises til appendiks for detaljerte svarmønstre. I denne rapporten har vi valgt å todele slik at vi bruker den første kategorien som angir fravær av alle tegn på bruk av rusmidler som mål for god behandlingseffekt mot alle de andre kategoriene. Det bør understrekes at skåringen ikke er validert eller reliabilitetsvurdert som evalueringsinstrument. Den bør derfor sees som rapport om klinisk bedømmelse av behandler.

Figur 37 viser rapporteringen med gjennomsnitt for Norge i 2002 og 2003 sammen med regionvis fordeling. Vi ser at det er noe mer enn fire av ti som har vært helt uten tegn til rusmiddelbruk. Det er betydelig forskjell mellom regionene med vesentlig høyere andel i Helseregion Midt- og Nord-Norge. Tiltakene i Helseregion Sør har også høyere andel enn landssnittet. I Helseregion Vest var det i 2003 vesentlig lavere andel i 2002 mens det i 2003 rapporteres om et nivå på landssnittet. Det er et tydelig fall i de nordlige regionene med fortsatt er det en vesentlig høyere andel uten tegn på rusmiddelbruk

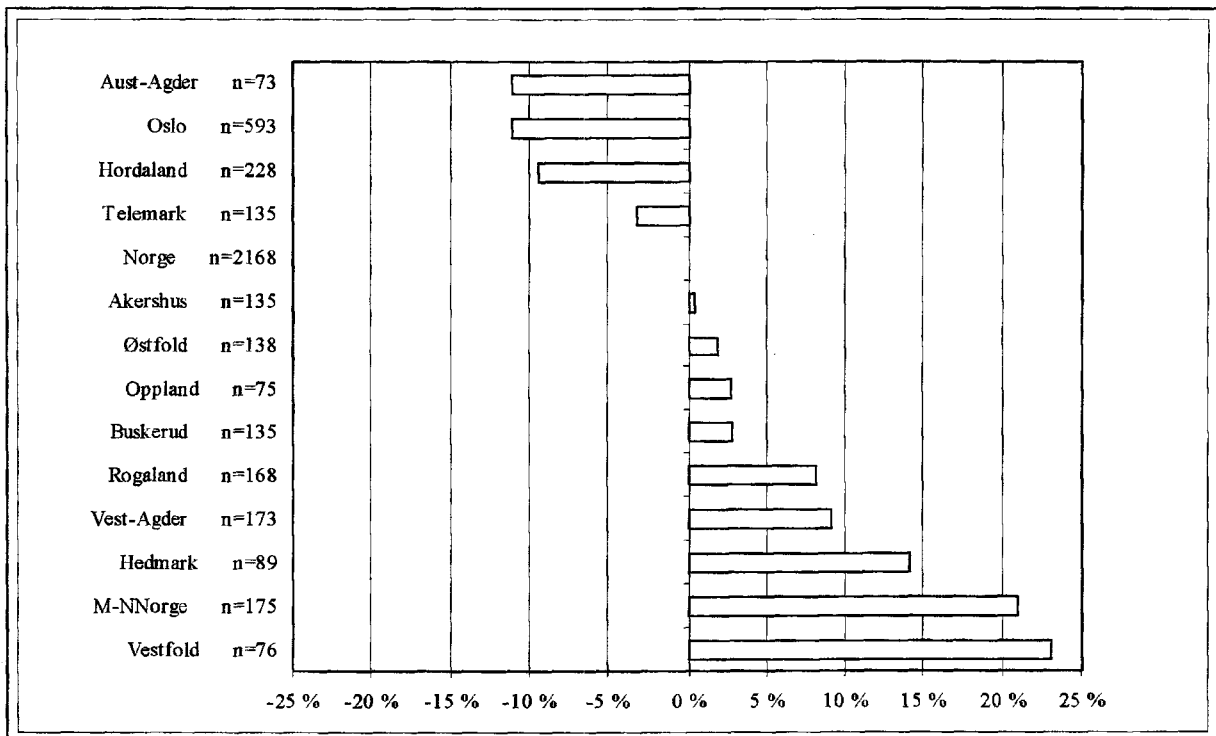
Figur 37. Andel bedømt til å være helt uten tegn til rusmiddelbruk siste fire uker i landet og i regionene



I den fylkesvise fordelingen (Figur 38) ser vi at særlig Hordaland og Oslo har lavest andel bedømt uten tegn på rusmiddelbruk mens Vestfold, Midt/Nord-Norge og Hedmark har høyest.

8.3.5.1.1.1.1.1 Figur 38. Andel bedømt til å være helt uten tegn til rusmiddelbruk siste fire uker.

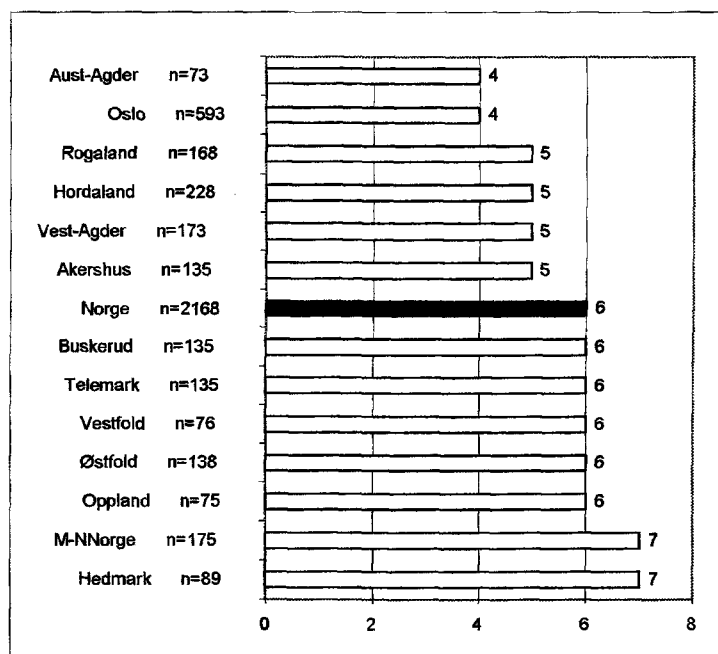
Fylkesvise forskjeller vist som avvik i % poeng fra totalandel av Norge. Andel i Norge er vist som 0-verdi på X-aksen. Skravert område viser en signifikant forskjell fra Norge.



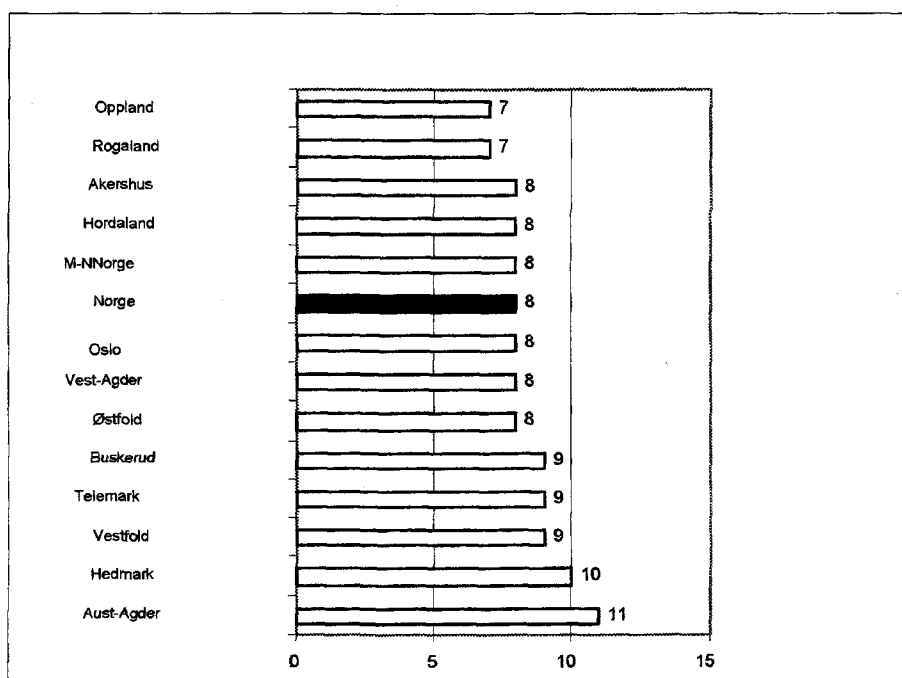
Statusundersøkelsen inneholder et spørsmål om hvilket antall måneder pasienten siste år har vært sammenhengende uten bruk av illegale rusmidler og spesielt om antall måneder uten bruk av heroin eller liknende stoffer. Det maksimale antall blir 11 mnd fordi undersøkelsen gjennomføres i november. Det bør også tas med at en pasient som nylig har begynt i behandlingen nødvendigvis måtte skåre med et lavt antall. Høyt antall inntak vil derfor nødvendigvis gi lavere gjennomsnitt av antall rusfrie måneder. Det er også viktig å være klar over at reliabiliteten på disse spørsmålene er bedømt lav og andelen bedømt ukjent nokså høy. Svarene her må derfor bare tas som antydninger.

Figur 39 viser at tiltakene rapporterer at en pasient typisk sett har hatt 6 mnd uten tegn til bruk av rusmidler. Hedmark og Midt-/Nord-Norge rapporterer om 7 mnd. Siden det ikke er mulig å oppnå mer enn 11 måneder og de som er nylig i gang, betyr dette at en svært høy andel har vært uten tegn på rusmiddelbruk størstedelen av året. Oslo og Hordaland rapporterer om 4 måneder, vesentlig lavere. Dette har både sammenheng med større andel med rusmiddelbruk og høyere antall nyinntak.

Figur 39. Antall måneder uten tegn på bruk av noe illegalt rusmiddel, i landet og i fylkene.



8.3.6.1.1.1.1.1 Figur 40. Antall måneder uten tegn på bruk av heroin i 2003, i landet og i fylkene



Figur 40 viser hvorledes situasjonen ble bedømt for heroin. Her ser vi for det første at det rapporteres om vesentlig lenger perioder, i landsgjennomsnitt 8 mnd. Det laveste gjennomsnittlige antall måneder er 7 mnd. Effekten i forhold til heroin er altså vesentlig bedre

enn for andre rusmidler slik det også bør være siden stabiliseringseffekten av metadon eller buprenorfin først og fremst gjelder heroin og andre opiater.

Vi ser også at tiltakene rangerer seg annerledes i rapporteringen av heroinbruk i forhold til bruk av noe illegalt rusmiddel. Tiltaket i Vest-Agder rapportere lavest med 5 måneder mens Aust-Agder her angir lengst periode med 11 måneder. Om rapporteringen er reliabel kan det antas at det har vært svært lite bruk av heroin blant pasientene i Aust-Agder. Hedmark som rapporterte om det høyest antall måneder uten bruk av illegalt middel angir også et høyt gjennomsnitt for antall heroinfrie måneder mens det andre tiltaket med rapportering av langvarig fravær av illegal rusmidler, her angir et gjennomsnittlig antall måneder uten bruk av heroin.

#### 8.4 Dødsfall i Legemiddelassistert rehabilitering

Stipulert mortalitet i ubehandlede grupper som bruker heroin i intravenøse injeksjoner ligger på fra 2 til 5 % årlig avhengig av hvilken del av gruppen som er vurdert slik som HIV-syke, forkomne eldre, osv (30;31). Norske etterundersøkelser av pasienter behandlet i tiltak som sikter mot abstinens (opphør av all bruk av morfinstoffer) peker mot at mortaliteten forblir høy. Talloppgavene er imidlertid svært usikre. Ofte beregnes vellykket medikamentell vedlikeholdsbehandling til å redusere mortaliteten med mer enn 50 %.

I evalueringsarbeidet var det planlagt en kryssregisterundersøkelse av alle som har vært søkt til LAR, er i LAR eller er utskrevet fra LAR. Tillatelsen til dette er kommet for sent til at vi har kunnet gjennomføre planene. Vi har derfor nøyet oss med å se på dødsfall rapportert i de årlige tertiale rapporter og i forhold til spesialundersøkelsene av utskrivningene.

Det årlige antall dødsfall kan både beregnes i forhold til antall i behandling ved årsskiftet og i forhold til samlet antall i behandling vedkommende år. Begge deler er gjort i SKR 5/2004

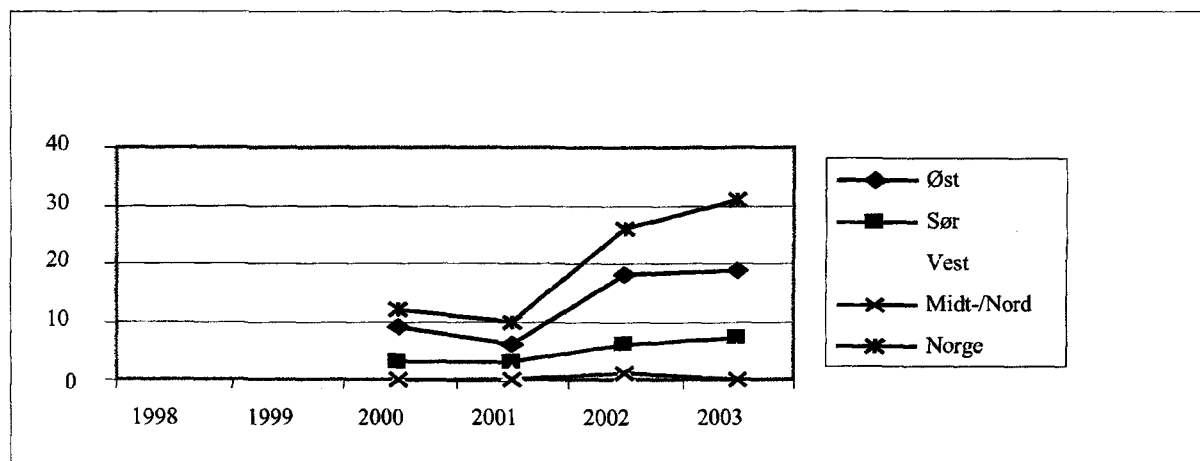
Hvor mange hvor? Her vises bare beregningen i forhold til antall i behandling hele året. Tabell 35 Mortalitet regnet ut i forhold samlet antall som var i behandling samme år (antall i behandling ved årsskiftet + utskrevne av alle årsaker)

	2000		2001		2002		2003	
	Døde/ Behandl	%	Døde/ Behandl	%	Døde/ Behandl	%	Døde/ Behandl	%
Helsereg Øst	9/727	1,2	6/979	0,6	18/1308	1,4	19/1600	1,2
Helsereg Sør	3/296	1,0	3/473	0,6	6/540	1,1	7/599	1,2
Helsereg Vest	0/143	0	1/216	0,5	1/340	0,3	5/504	1,0
Helsereg M/N-N	0/81	0	0/125	0	1/168	0,6	0/216	0
Norge	12/1247	1,0	10/1754	0,6	26/2356	1,1	31/2919	1,1

For hele perioden fra og med 1999 er det rapportert 95 dødsfall. I tabell 35 ser vi at 79 av disse er rapportert for perioden 2000 til 2003. Vi ser også at i forhold til totalt antall som har vært i behandling hvert år, er den årlige mortaliteten omtrent 1 %, noe lavere i 2001 og noe høyere 2002 og 2003. Vi ser også at mortaliteten gjennomgående er høyere i Helseregion Øst og Sør. Dette gjelder pasienter i behandling. Pasienter som dør mens de venter eller etter at de er utskrevet er ikke innregnet.



Figur 41 . Antall dødsfall under behandling i hver region og i hele landet



Figur 41 viser utviklingen i antall dødsfall i landet og i regionene. Om vi sammenholder denne med figur for antall i behandling (kapittel 4.1) ser vi at utviklingen omtrent svarer til økningen i antall i behandling og har en relativ fordeling som svarer til andelen i antall i behandling. Det er likevel slik at den høyere mortaliteten i Helseregion Øst og Sør og den lavere i Vest og Midt-/Nord-Norge går igjen i alle de undersøkte årene.

Av rapporteringer fra sentrene vet vi at nesten ingen av dødsfallene er overdosedødsfall. Hoveddelen er dødsfall knyttet til ulike rusrelaterte sykdommer som immunsvikt (HIV), leversykdommer, sepsis og sykdommer forårsaket av sepsis, ulykker, selvmord og drap. Forskjellene mellom regionene kan ha flere årsaker. Det kan være bedre og mer konsekvent oppfølging i Helseregion Midt-/Nord-Norge og delvis Vest. Det kan også være at behandlingsgruppen er mindre belastet med alvorlige sykdommer og at det miljøet de lever i er mindre destruktivt. Det kan også være at opptaksprosessen siler ut en del av de som har størst problemer gjennom krav til oppfølging før inntakt. Det kan også være at raskere utskrivning gjør at færre dør i og flere etter utskrivning. Fordelingen mellom disse mulige forklaringene blir rent gjettverk uten nærmere undersøkelser.

Vi kan imidlertid slå fast at LAR reduserer mortaliteten med minimum 50 % i forhold til målgruppen. Den viser derfor det samme som er vist i en rekke andre studier (23;25;27;28;32-37) SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering inneholder svar på om pasienten har hatt en forgiftningstilstand (overdose uten dødsfall) og selvmordsforsøk siste år. Reliabiliteten av disse spørsmålene er lav og andelen ukjent høy. Likevel går det frem at en betydelig andel av pasienten har en nokså høy risikoatferd. Det er likevel vanskelig å legge annet i dette enn at gruppen inneholder mange personer med vanskelige liv og forhøyet risiko for dødsfall slik det også er funnet i en større tverrsnittsundersøkelse av misbrukere i behandling i Norge (38;39)

## 8.5 Kriminalitet

Redusert kriminalitet er ett av de best verifiserte funn i evaluering av vedlikeholdsbehandling av heroinavhengighet (40-42). Vi har ikke hatt anledning til å undersøke dette grundig i disse undersøkelsene. I en nylig gjennomført kost/nytteundersøkelse i Norge, vises det at for hver 100 000 kr som brukes i LAR reduseres antall kriminalitetsaktive dager med 2,1 eller 23,8 % (43). Det gir liten mening å omregne dette fra statlig bidrag fordi nytten er beregnet i forhold

til alle utgifter, også kommunalt ressursbruk og utgifter knyttet til refusjon gjennom Rikstrygdeverket. De peker likevel mot en vesentlig kriminalitetsreduksjon om tallene er de samme for LAR som helhet.

To regionale tiltak har undersøkt arrestasjonsfrekvens før og etter LAR (7;9). I Buskerud fant man 27 personer var anmeldt for 739 forhold de siste tre år før oppstart. Bare tre var uten anmerkninger. Året etter oppstart var bare seks arrestert for noe forhold. 21 var helt uten kjent kriminalitet. I Vest-Agder fant man også en svært høy kriminell aktivitet tre år før. Ett år etter var bare fem personer anmeldt for nye forhold, og dette dreide seg i omfang i betydelig grad om en person. Begge disse undersøkelsene peker i retning av en vesentlig kriminalitetsreduksjon.

Statusundersøkelsen har spørsmål om kriminalitet med flere svaralternativer; arrest/varetekt, tiltalt, idømt forelegg/bot og idømt soning. Vi har valgt ut kategorien arrest/varetekt. Tallene er usikre da det er vanskelig å innhente opplysninger, det er vanskelig å kontrollere data og det er en nokså høyt antall ukjente. Reliabilitetsnivået er dessuten usikkert. Vi kan altså ikke legge mye vekt på funnene.

Funnene er vist i tabell 36. Vi ser at andelen arrestert er nokså lik fra 2002 til 2003 på landsbasis, og det samme gjelder helseregionene. Det er en del forskjeller mellom regionene slik det går frem av figur 43, men i betraktning av usikkerheten bør en ikke legge vekt på dette.

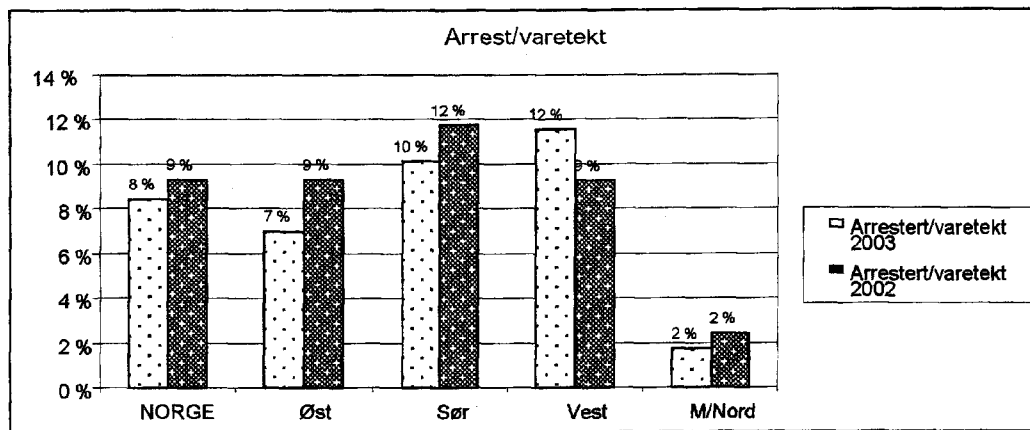
Tabell 36. Andel som har vært arrestert/i varetekt og andel ikke besvarte, landsgjennomsnitt og fylkesvis fordeling

	Arrestert/varetekt			
	2003	% ukjent 2003	2002	% ukjent 2002
NORGE	8	13	9	12
Øst	7	13	9	15
Sør	10	9	12	7
Vest	12	24	9	14
M/Nord	2	6	2	4

Grovt sett peker undersøkelsen mot at rundt en tidel har vært arrestert siste år. Det er ofte nokså lite alvorlige forhold det dreier seg om. Siden vi ikke har noe sikkert anslag om kriminalitetsnivå før eller arrestasjonsfrekvens siste år før, er resultatet vanskelig å bedømme, men inntrykket er det samme som i pilotundersøkelsene fra Buskerud og Vest-Agder. LAR gir en vesentlig reduksjon av kriminell aktivitet.

Det er imidlertid sterkt ønskelig med en mer systematisk undersøkelse. Dette vil forutsette kryssregisterundersøkelse med strafferegisteret.

#### 8.5.1.1.1.1.1 Figur 42. Arrest/varetekt, landsgjennomsnitt og fylkesvis fordeling



## 9 OPPSUMMERING OG NOEN FORSØK PÅ SVAR

### 9.1 Oppsummering

1. Undersøkelsen er et bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering gjennomført på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet.
2. Datamaterialet er hentet fra tre kilder; tertialvise rapporteringer til Nasjonalt kompetansesenter om antall, årlig gjennomførte statusundersøkelser for alle i LAR og 5 delundersøkelser i de ulike sentrene.
3. Kapittel 3 gir en oversikt over organisering og økonomiske forhold. LAR-sentrene er opprinnelig organisert etter en mal med et statlig finansiert senter i hver region som innvilger LAR og organiserer behandlingen som et veiledet samarbeid mellom kommunal førstelinjetjeneste og fylkeskommunal andrelinjetjeneste. I praksis er det blitt store forskjeller. I Helseregion Sør er det en fylkesvis organisering. I Helseregion Øst er det et stort regionalt senter i Øst som har klinisk ansvar for Oslo mens behandlingen i resten av helseregionen har vært drevet av det kommunale og fylkeskommunale apparatet. I Helseregion Vest har en hatt ett senter, senere to som er avdelinger i stiftelser med driftsavtale. De to nordlige regionene har hatt felles senter i Sør-Trøndelag fylkeskommune som aktivt har fulgt opp hver enkelt pasient i samarbeid med førstelinjetjenesten. Etter Rusreformene er sentrene definert som tverrfaglig spesialisttjeneste organisert under ulike helseforetak.

Den statlige finansieringen er preget av at to tredeler går til medikamentkostnader og utleveringsutgifter. Dette øker med utlevering i apotek. Kostnadene preges av uoversiktlige kostnadsberegninger og er betydelig høyere i Norge enn i andre land. Driftsstøtten er så vidt lav at enkelte av tiltakene har hatt inntaksstopp. I forhold til antall i behandling er støtten til Region Midt-/Nord-Norge høy og støtten til Region Øst lav. Det samme gjelder om en beregner i forhold til antatt størrelse på relevant målgruppe.

4. Kapittel 4 gir oversikt over antall i behandling med regionale og fylkesvise variasjoner. 31.12.03 var 2431 i behandling og til sammen 3535 hadde vært i behandling om man regner med de 1104 som hadde hatt behandling tidligere. Beregning pr 31.08.04 viser at pr 31.12.04 vil mellom 2900 og 3000 være i behandling. Det er kommet en rask vekst i alle regioner siden 1999. Veksten kom først i Helseregion Øst og senere i de andre regionene. De to nordlige regionene har vesentlig lavere antall sett i forhold til befolkningen men ikke nødvendigvis i forhold til målgruppens størrelse. Det lavere antallet kan ikke skyldes økonomiske forhold og forstås bedre ut fra omhyggelig saksbehandling og oppfølging av den enkelte klient. Noen fylker, som for eksempel Buskerud, har fått en relativt sett lav ressurstilførsel og har hatt inntaksstopp flere ganger.

Selv med rask vekst er behovsdekningen lite tilfredsstillende. I kapitlet redegjøres for forskjellige estimater av målgruppen og for antatt andel som vil nyttiggjøre seg LAR. Om en ser til andre land, kan det antas at mellom 50 og 70 % av målgruppen bør ha LAR. Det stipuleres at reell målgruppe i Norge er i størrelsen 10 000 personer. Med aktuell veksttakt vil behovet være dekket mellom 2009 og 2011.

5. Kapittel 5 undersøker søknadsprosessen og ventelistene med regionale variasjoner. Det vises at søknadsarbeidet verdsettes i sentrene som sentralt for måloppnåelse og fremgang i

behandlingen. Det er imidlertid også klart at modellen er avhengig av fungerende sosialsentre og bedres om en utvikler nær kontakt med disse. Undersøkelsen viser at det kan oppstå trange porter og uformelle stengsler i sosialsentrene. Det kan også være vanskelig å rekruttere fastleger til arbeidet.

Det er betydelige variasjoner i hvor omfattende kontakten med sentrene er. Lav kontakt finner vi særlig i Oslo og høy kontakt i Vest-Agder, de nordlige regionene og i fylkene i Helseregion Øst utenfor Oslo. Samlet vurdering er at grunnmodellen er verdifull men inneholder dilemmaer mellom effektivitet og ressursbruk på en side og kvalitet og langsiktighet på den annen. Rusreformen skaper store utfordringer med fare for at kvaliteten ikke lar seg forsvare og arbeidsdelingen blir vanskelig å opprettholde. Det kan bli nødvendig å skille mellom nivåer i arbeidet og typer behandlingssinnsatser.

6. Antall inntak har gradvis økt og har kommet over 700 inntak årlig. De fleste inntakene er førstegangsinntak men andelen reinntak øker, særlig i Helseregion Øst. På grunn av ventetid har reinntak enkelte steder blitt prioritert ned i forhold til førstegangsinntak.

7. Totalantallet av de som venter er betydelig, men har gått en god del ned. Det samlet seg opp søkere da behandlingen ble gjort tilgjengelig i 1998 særlig i Helseregion Øst og den sterkeste reduksjonen har kommet i denne regionen med styrking av søknadsarbeidet og forenkling av inntaket. Det har vært en reduksjon også i Helseregion Vest etter opprettelse av nytt senter, men her er det igjen økt antall. I de nordlige regionene har det vært jevn økning. Fylkesmessig kan det bemerkes av tiltakene i Agder-fylkene, spesielt i Vest-Agder har lite eller ikke ventetid. Enkelte av fylkene rundt Oslo har også kort ventetid. I Oslo har tiden økt etter omleggingen med rusreformen. Det ser ut til å være sammenheng mellom omhyggelig inntaksarbeid og økning av ventetiden.

8. Kapittel 6 redegjør for inntaket, prosedyrene og kravene til avvenning før opptrapping og behandlingsstart. Den opprinnelige modellen stilte strenge krav til omhyggelige forberedelser og full avvenning fra alle rusmidler demonstrert ved to urinprøver. Denne modellen er tilpasset erfaringene og blir ikke praktisert fullt ut noen steder. Det er imidlertid tydelige forskjeller slik at praksis i tiltakene i Midt-/Nord-Norge og i Region Sør samsvarer mer med den opprinnelige modellen enn praksis gjør særlig i Oslo og Akershus. I det ene ytterpunktet er sedvanen at de fleste skal avvennes fullt ut selv om man gjør unntak. I det andre legges det liten vekt på om pasienten bruker cannabis, starter direkte uten avvenning fra opioider og kan også forsøke direkte oppstart uten avvenning dersom pasienten samarbeider. Behandling av pasienter på ventelisten er et vanskelig område. Konklusjonen er at det er behov for større enighet om hvorledes man håndterer ventetid og for modeller for systematisk samarbeid med egnede fastleger.

9. Kapittel 6.2 redegjør for pasientene hvor stor andel av pasienten som har hatt kontakt med ulike behandlere siste fire uker og viser at en betydelig men ikke konkretiserbar andel av pasientene får et lite aktivt rehabiliteringstilbud. Dette skyldes både at antallet pasienter har blitt langt større enn det kan håndteres fra sentrene og at samarbeidet på kommunalt nivå er sterkt varierende. Mønsteret i undersøkelsen peker mot at senteret i Helseregion Midt-/Nord-Norge har mer systematisk kontakt med pasientene innenfor en klarere strukturert modell. Beskrivelsen fra fylkene i Helseregion Øst utenfor Oslo viser imidlertid også at behandlingen kan utformes som et ansvarsgruppesamarbeid med kommunens sosialsenter som sentral veiledet av spesialisert rustjeneste. I Agder-fylkene har en gode erfaringer med en modell hvor en fylkesbasert rusmiddelavdeling integrerer LAR-tilbudet i generell rusmiddelavdeling. En modell hvor fastlegene samarbeider med sosialsenteret om behandlingen synes å gi like gode resultater som en modell der LAR-senteret er hovedansvarlig. Desentralisering synes vellykket når den følges opp av LAR-senter eller rustjeneste.

10. Kapittel 6.3 undersøker medikamentbruken. Fire av fem behandles med metadon og de andre med høydose buprenorfin (Subutex). Det har vært en jevn økning i bruken av Subutex siden 2000. Regionalt sees påfallende høy andel buprenorfin i Helseregion Vest. Dette kan ikke forklares på annen måte enn som sedvaneutvikling etter et forsøksprosjekt.

Doseringsnivået i Norge er høyt slik anbefalingene utvikler seg internasjonalt. Doseringnivået i Helseregion Midt-/Nord-Norge er vesentlig høyere enn i resten av landet og i overkant av vanlig anbefalte nivåer uten at det er noen klar grunn til dette. I størstedelen av landet utleveres medikamentet i apotek. I 2003 var andelen 58 %. Det er en påfallende lav andel i Helseregion Vest hvor mange får medikamentet utlevert fra lege eller kommunale tjenester.

11. Kapitlet viser også at vekten på kontroll er stor i Norge. Det gjennomsnittlig antallet utleveringer i uken er fire og mange har daglig utlevering, også søndag der hvor dette er praktisk mulig. 77 % av pasientene leverer urinprøver minst en gang ukentlig, og her er det klare variasjoner med lavere frekvens i Helseregion Øst og høyere i Agder-fylkene og i Region Vest.

12. Kapittel 7 undersøker utskrivningene med utgangspunkt i tolkning av kriteriene fra rundskriv. Funnet er at det er systematisk forskjell slik at noen sentre har en mer restriktiv kriterieforståelse og høyere andel utskrivninger. I den andre enden har sentre med en mer liberal kriterieforståelse lavere andel utskrivninger. Denne forskjellen samvarierer med holdningene til skadereduksjon. Konsekvensen er at en pasient som blir utskrevet i ett senter, ville bli beholdt i behandling i et annet. De sentre som har en restriktiv praksis, synes også å ha en mer aktiv holdning til rehabilitering mens de med en liberal praksis i større grad aksepterer mindre ambisiøse målsettinger. Disse forholdene kan skape spenninger i en utvikling mot større pasientrettigheter og valgmuligheter.

13. Kapittel 7.5 ser spesielt på lengden av tid i behandling (retensjon i behandling) bedømt ved hvor stor andel av hvert årskull første gang i behandling hvert år som var i behandling 31/12-2003. Undersøkelsen viser at alle sentre og tiltak har høy retensjon sammenliknet med internasjonale standarder, men også at det er betydelig forskjell mellom sentrene. Mellom tre og fire av 10 i behandling slutter slik at LAR ikke er en livslang behandling for alle. Andelen synes større der hvor senterets praksis er mer restriktiv. Det går i hovedsak dårlig med de som utskrives selv om anslagsvis 5 % har en god tilstand. Mortaliteten er forhøyet og mange har en risikopreget atferd.

14. Kapittel 8 redegjør for behandlingens resultater med regionale og fylkesvise forskjeller. Tre av fire har egen leiet eller eiet bolig. Én av fem har en yrkesrettet beskjeftigelse. Nær en av fire er trygdet og andelen med sosial støtte som hovedinntekt er betydelig (ca 20 %). Resultatene må bedømmes på bakgrunn av at pasientene i gjennomsnitt er neste 40 år, oftest med svak arbeidsanamnese og liten eller ingen yrkeserfaring. Nokså få oppnår yrkesrettet rehabilitering. Langt flere får ordnete boforhold og ordnet økonomi selv om denne nok er svært trang. Livskvalitetsutviklingen vil antakelig variere. Det synes å være en systematisk gradient slik at resultatene er bedre i sentre med en restriktiv og samtidig aktiv praksis mens flere også blir utskrevet i disse sentrene. I sentre med en mer liberal praksis er det omvendt. Samlet tydeliggjøres at det er behov for en nyansert målsetting og aksept for hovedfokus på livskvalitet mer enn arbeidsførhet og lønnsinntekt.

15. Kapittel 8.5 analyserer oppnådd rusmestring. Resultatene bedømt ved urinkontroller og selvrapportering samvarierer men er også forskjellig. Det er en tendens til at sentre med restriktiv praksis har lavere selvrapportering av rusmiddelbruk mens andelen bedømt ved prøver er høyere. Alle sentre har svært høy andel uten bruk av heroin siste måned (gjennomsnitt mellom 86 og 88 %) og det gjennomsnittlige antall måneder uten heroinbruk er bedømt til å være 8 av 11 mulige. Det er en høyere andel som har bruk av benzodiazepin, noe

under en tredel. Bruken av andre stoffer er beskjeden, selv om noe over en av fire har positive prøver og opplyser om rusmiddelbruk. De regionale og fylkesvise forskjellene trekker i ulike retninger, men det er en tydelig tendens til at sentre og tiltak med restriktiv holdning og praksis har lavere andel påvist bruk, særlig av benzodiazepin og cannabis. Nesten halvdel er uten noe tegn på rusmiddelbruk ved klinisk bedømmelse. I Helseregion Midt-/Nord-Norge er dette mellom 6 og 7 av ti og i Helseregion Øst 4 av ti.

Samlet er resultatene svært gode sett i internasjonal sammenheng, men dette bør vurderes i forhold til at tilbudet er et knapphetsgode.

16 Kapittel 8.4 undersøker dødsfall i LAR. Vi finner en årlig mortalitet på ca 1 % av det samlede antall som har vært i behandling, og 1,2 av de som var i behandling ved årsskiftet. Over hele perioden på 5 år er nesten 3 % av alle som har vært i behandling døde. I forhold til de som fortsatt var i behandling pr 31.12.2004 var det nesten 4 %. Dette er en reduksjon på mer enn 50 %. Andelen dødsfall er 14 % av utskrivningene slik at dødsfall er en ikke sjelden grunn til behandlingsavbrudd. Dette er imidlertid nesten aldri overdosedødsfall men ofte dødsfall knyttet til misbruksrelaterte sykdommer. Undersøkelsen peker mot en klart forhøyet mortalitet blant de som skrives ut fra behandlingen. Her er imidlertid både dødsårsakene ukjente og mørketallene betydelige. Det er planlagt en undersøkelse i forhold til dødsårsaksregisteret i SSB men tillatelsen til dette har kommet så sent at denne først kan gjennomføres neste år.

17. Kapittel 8.5 undersøker kriminalitet og kriminalitetsreduksjon for pasienter i LAR. Tidsrammen har ikke tillatt bruk av strafferegisteret, og det redegjøres derfor bare for noen mindre undersøkelser av arrestasjonsfrekvens før og etter LAR og for funn fra statusundersøkelsen. Disse peker mot en markert reduksjon av kriminaliteten slik at noe under 10 % er blitt arrestert siste år mens en langt høyere andel ble arrestert årlig før LAR. Undersøkelsesmetodene har imidlertid lav reliabilitet og andel usikre svar er høy. Det er behov for en mer omfattende kryssregisterundersøkelse.

## 9.2 Forsøk på noen svar

Undersøkelsen kan belyse men ikke besvare alle evalueringsspørsmålene.

- Hvor mange har fått tilbud om LAR totalt? Hvor mange er blitt inkludert, hvor mange har blitt ekskludert/selv skrevet seg ut og med hvilke begrunnelser? Hvor mange er blitt reinntatt? Hva har skjedd med dem som er blitt ekskludert/selv skrevet seg ut? Finnes det regionale forskjeller i disse spørsmålene?

Frem til 31.12.03 hadde 3535 vært i behandling i LAR. I tillegg kommer en mindre andel som har fått tilbud uten å ta i mot dette eller ikke har klart inntaksordningen. Dette antallet er ukjent. Til sammen 1104 har blitt utskrevet om en også inkluderer de som var med i forsøksprosjektet. Av dette er utskrivningen på grunn av dødsfall 14 %, flytting 6 % utskrivninger, det er 19 % selvvalgte og 62 % etter vedtak. Høyest andel dødsfall finner vi i Helseregion Øst, høyest andel vedtak i Vest og Sør og høyest andel selvvalgt i Midt-/Nord-Norge. Om vi tar året 2003 som eksempel, skyldes 10 % av utskrivningene dødsfall og syv % skyldes flytting til annet område. Fem % ble utskrevet på grunn av vold, trusler eller salg av medikamenter og 53 % på grunn av liten behandlingseffekt. 25 % valgte selv utskrivning. Undersøkelser viser imidlertid at skillet mellom de tre kategoriene for beslutning er svært tilfeldig slik at en i praksis ikke kan tallfeste annet enn at 83 % ble utskrevet fordi det var lite fremgang, konflikter eller behandlingsvansker, misnøye med kravene i behandlingen eller

frykt for at man vil bli utskrevet og derfor blir borte eller skriver seg ut. Det er behov for klarere og mer entydige kategorier

Relativt få blir reinntatt, delvis fordi man har prioritert de som venter på førstegangsinnatak. Reinntakene utgjorde 12 % av inntakene i 2003 med økende andel særlig i Helseregion Øst. Retensjonsundersøkelsen viser at 92 % av de som fortsatt var i behandling 31.12.03 hadde vært kontinuerlig i behandling siden inntaket. 29 % av de utskrevne hadde imidlertid søkt seg tilbake, og om kapasiteten for inntak hadde vært større, ville en større andel være tilbake i behandlingen.

Det går i hovedsak dårlig med de som er utskrevet. Få, anslagsvis 9 %, er i annen behandling. Mortaliteten er forhøyet og 3 % er kjent døde etter utskrivningen men her er mørketallet stort. Undersøkelsen peker mot betydelig risikoatferd. Anslagsvis 5 % har en god situasjon mens de resterende deler seg omtrent likt mellom de som har en svært destruktiv rusmiddelatferd og de som har mer kontroll.

- Regionale variasjoner i praktiseringen av regelverket. Ulike sentres forskjell i bruk av metadon vs. Subutex? Hvorfor er det betydelige forskjeller blant sentrene i hvor lenge den enkelte rusmiddelmisbruker er i tiltaket før man blir overført til primærkommune? Hvorfor har enkelte tiltak svært få brukere sammenlignet med andre regionale tiltak?

Det er reelle forskjeller i praktisering av regelverket både i forhold krav for inntak, forutsetning om avvenning før oppstart og i forhold til hvor stor bedring som anses nødvendig for tilfredsstillende resultat. Forskjellene dimensjonerer seg etter en gradient av restriktiv versus liberal tolkning som også uttrykker seg i holdning til skadereduksjon. Konsekvensene er imidlertid ikke entydige fordi de også delvis faller sammen med investering i aktivt samarbeid med sosialsentrene og fastlegene og derigjennom med systematikk i rehabiliteringsarbeidet. På den ene siden vil en mer restriktiv og rehabiliteringsorientert holdning føre til lenger ventelister og lavere kapasitet og til høyere utskrivningstendens. På den annen side vil det også føre til høyere rehabiliteringseffekt og større fremgang i sosial mestring. En liberal og mer skadereduserende holdning vil kunne føre til høyere andel i behandling i forhold til ressursinnsatsen, større aksept av en mindre bedring som kan være betydningsfull og større reduksjon i forhold til samlede skader i samfunnet.

Det er en reell forskjell i valg av medikamenter slik at særlig sentrene i Helseregion Vest bruker Subutex langt mer enn da andre sentrene. Forskjellen er først og fremst sedvanebettinget etter et forsøksprosjekt. De andre sentrene har økende bruk av Subutex uten at det endelige forholdet mellom valg av Subutex og metadon i dag kan avgjøres på medisinske indikasjoner.

Det er ikke enkelt å avgrense entydig hvor lenge en pasient "er i et senter". Dersom en tenker på hvor lenge medikamentet forskrives fra lege i LAR-senter kontra fastlege, vil en se at noen sentre ikke har LAR-leger men fra starten av knytter kontakt med fastlege. Dette gjelder alle fylkene i Helseregion Øst utenfor Oslo og alle i Trefylkessamarbeidet (Vestfold, Buskerud og Telemark). I de nordlige regionene og i Oslo er det en økende andel som overføres fra LAR-lege til fastlege. I andre regioner og sentre som i hele Region Vest og i Vest-Agder holdes forskrivningen i senteret, delvis på grunn av ujevne erfaringer med fastlegenes praksis. I noen sentre som regionsenteret i Midt-/Nord-Norge er det beskrevet en egen strukturert plan som skal føre til overføring til kommunenivå etter en progressiv plan med økende mestring over inntil to år.

Når enkelte sentre slik som MARiT har få brukere sammenliknet med andre, skyldes det i første rekke høy vekt på systematikk i arbeidet og omhyggelig inntaksarbeid sammen med langsiktig investering i oppfølgingen. Det er også ressursproblemer involvert, ikke minst i LAR Buskerud og i fylkene rundt Oslo.



- Hvilke konsekvenser får søker- og ventesituasjonen til LAR? Hvor mange dør i kø? Regionale forskjeller?

Konsekvensene er betydelig sykелighet, menneskelige belastninger på den enkelte og hans eller hennes nettverk, sosiale omkostninger for samfunnet og fare for unødvendige dødsfall. Lang ventetid vil også avskrekke en del fra å søke hjelp. Vi har ikke i denne undersøkelsen hatt mulighet til å beregne hvor mange som dør i ventesituasjon.

Mortaliteten i forhold til totalantallet i behandling er nokså lav, beregnet til 12,8 per tusen.

Pasientgruppen består av vel 1/3 del kvinner og noe under 2/3 deler menn med en alder av noe under 40 år i gjennomsnitt. Den forventete dødeligheten i denne aldersgruppen med en slik kjønnsfordeling vil være ca 0,9 dødsfall årlig per tusen innbyggere i Norge (SSB).

Variasjonene mellom de ulike regionene er liten med Region Vest med lavest mortalitet på 10/1000 og Sør på 12/1000. Region Midt- og Nord-Norge og Region Øst har begge årlig mortalitet på 14/1000 i behandlingen. Oslo har isolert sett 14/1000. Enkelte fylker ligger høyere men her er tallene så små at tilfeldige variasjoner kan slå markert ut.

I forhold til gjennomsnittsbefolkningen er altså mortaliteten forhøyet omtrent 10 ganger. Vi kjenner naturlig nok ikke forventet antall i grupper av ubehandlede injeksjonsbrukende heroinavhengige, men antallet angis fra 2 til 4-5 % år beregnet på grunnlag av mortalitet i etterundersøkelser av pasienter utskrevet fra ulike behandlingstilstander. I forhold til denne typen beregninger er mortaliteten senket mellom 50 % og 200 %. Det bør føyes til at beregningsmåten gir en noe høy mortalitet fordi hele gruppen som dødsfallene skjer i også omfatter de som er døde og utskrevne i løpet av året. Om vi legger til utskrevne og døde lagt til i prosentgrunnet blir årlig mortalitet mellom 0,6 og 1,1 for hver 100 i behandling og altså en vesentlig lavere. Forskjellene mellom regionene er de samme.

- Omfang og konsekvenser av sidemisbruk. Regionale forskjeller?

Opioid vedlikeholdelse med metadon eller buprenorfin vil bare ha en direkte beskyttende effekt i forhold til bruk av morfinstoffer som heroin. Dette er markert redusert og mer enn 75 % er uten pågående heroinbruk. Også de resterende 25 % har vesentlig reduksjon i frekvens og intensitet av bruken. Det er en viss grad av regionale og fylkesvise forskjeller, men denne er minst når det gjelder heroin.

For de andre stoffene er også bruken sterkt redusert, men det er en nokså betydelig bruk av benzodiazepin. I gjennomsnitt påvises slik bruk hos omtrent tre av 10, i helseregion Midt-/Nord-Norge hos to av 10. Også når det gjelder cannabis er det reelle forskjeller.

Gjennomgående finner vi en tendens til høyere andel med påvist bruk i Helseregion Øst og Vest, særlig i Hordaland og Oslo. En nærmere analyse av forskjellene peker i retning av at selvrappotering gir lavere funn i områder med restriktiv praksis mens urinprøvene gir lavere andel i områder med liberal praksis. Samlet er det imidlertid grunn til å fastslå at andelen med pågående bruk av rusmidler på tross av adekvat behandling samvarierer med strengere praktisering av retningslinjene, både fordi dette har ringvirkninger mellom klientene og motiverer ansatte og pasienter og fordi en del av de som har fortsatt bruk blir utskrevet tidligere der hvor retningslinjene praktiseres strengt.

- Hvilken effekt har LAR på kriminalitet?

LAR har en klar og sikker effekt på kriminalitet. Dette er vist i en lang rekke undersøkelser og støtte i Norge av preliminare studier av arrestasjonsfrekvens før og etter LAR. Her er det imidlertid behov for studier med bedre metoder.

### 9.3 Problemer, perspektiver og utviklingsbehov

Undersøkelsen viser at modellen for medikamentell vedlikeholdsbehandling ved heroinavhengighet i Norge, LAR, skiller seg ut i europeisk sammenheng ved å legge større vekt på rehabilitering og forbedring av livssituasjon og mindre på skadereduksjon. Det er en modell som forutsetter samarbeid mellom søker, sosialsenter og fastlege ved inntaket og legger vekt på sikkerhet og oversiktighet i oppstartfasen. Modellen sikter videre mot et kontraktfestet samarbeid med definerte mål. Modellen har også definerte kriterier for utskrivning og behandlingsavslutning.

Undersøkelsen viser at denne modellen har vunnet bred tverrfaglig aksept og at den har blitt implementert over hele landet, i alle fylker og i de fleste kommuner. Behandlingen er tilgjengelig der folk bor. Det har også lyktes å få en raskere vekst i antall i behandling enn man ser i Europa for øvrig.

Modellen er imidlertid krevende og forutsetter et fungerende apparat i kommunene som ikke alltid er tilstede. Den bygger på ressursbruk både i fylker og kommuner uten at disse instansene har fått noen ekstra bevilgning. Størstedelen av den statlige finansieringen går til å dekke medikamentkostnaden. Den reelle tilgjengeligheten avhenger derfor delvis av sosialsenterets prioriteringer og ressurser. Kompetansenivået er dessuten kan være i underkant både i sosialsentre og hos fastleger. Undersøkelsen påviser flere typer stengsler for en søker, ulikt fordelt i landet.

Det kan også være et problem at modellen har som grunnlag at det foreligger et omfattende og sammensatt rehabiliteringsbehov som nødvendiggjør en bred tverrfaglig innsats. Pasienter som trenger medikamentell stabilisering uten å trenge sosialfaglige innsatser, vil kunne bli presset inn i en sammenheng de ikke selv ønsker og kanskje ikke trenger.

Målsettingen for behandlingen er også krevende. Om den tas bokstavelig, er det ikke rom for å akseptere bedring dersom det ikke fører til en rehabiliteringsgrad som bestemmes av LAR-senteret. Det er også oppstått reelt ulike holdninger mellom sentrene slik at en pasient på den ene siden vil kunne oppnå høyere grad av rehabilitering i noen sentre enn i andre. En pasient vil også kunne oppleve å bli utskrevet i ett senter og beholdt i behandling i et annet.

Samlet peker evalueringen mot at den grunnleggende modellen er vellykket og har en bred aksept og funksjon for et stort antall mennesker samtidig som antallet som venter er stort og ulikt i de ulike regionene. Det er derfor nødvendig å øke kapasiteten i det eksisterende LAR-apparatet, fortrinnsvis ved å styrke driftssiden i LAR-tiltakene men også ved å øke medikamentbudsjettet. Til syvende og sist hviler imidlertid modellen på fungerende sosialsentre og fastleger med kompetanse. Det er derfor helt sentralt at sosialsentrene styrkes, helst med øremerkete stillinger, og at fastlegenes kompetanse økes.

Modellen strekkes i dag slik at det er ulikeheter mellom sentrene og vanskelig løsbare dilemmaer mellom rehabilitering og skadereduksjon og mellom press for kriseløsninger og behov for omhyggelighet. Det er også et dilemma at alle skal inn i den samme modellen uten at de nødvendigvis trenger det.

Det foreslås derfor at modellen nyanseres slik at en har

- en modell for krisesituasjoner. Ansvaret for dette bør legges til fastleger i samarbeid med sosialsenter og generell spesialisert rusmiddeltjeneste
- en modell for lavterskeltiltak. Ansvaret for dette bør ligge til kommunehelsetjenesten i samarbeid med spesialisert rusmiddeltjeneste og somatisk helsetjeneste. Et forsøksprosjekt har dokumentert at buprenorfin (Subutex®) egner seg til å lette situasjonen for pasienter på venteliste slik at det skulle egne seg for dette formålet (44)
- en modell for tidsavgrenset behandling for personer som er tidlig i sin utvikling og ikke har gjennomgått samme grad av sosial funksjonssvikt. Her bør legen og sosialsenteret kunne henviser til vurdering i spesialisert rusmiddeltjeneste med

myndighet til å starte tidsavgrenset bruk av vedlikeholdsbehandling. Denne kan føre frem til avvenning eller til kontinuering i ordinær LAR. Et forsøksprosjekt som viser at dette kan være nyttig, er i avsluttende fase ved Seksjon for Kliniske rusmiddelproblemer

- LAR bør beholdes i sin nåværende form men det bør utvikles konkrete modeller for samarbeid med egnede fastleger både i ventesituasjoner og som alternativ til oppstart I LAR. Erfaringene i fylkene utenfor Oslo i Helseregion Øst viser at dette er fullt mulig med like gode resultater.

Kostnadene ved LAR er i dag sammensatte og til dels uoversiktlige. Medikamentene brukes på måter som avviker fra apotekenes arbeidsrutiner slik de betjener vanlige kunder. Medikamentet er dessuten magistrelt fremstilt uten noen sentral produksjonsenhet. Det har utviklet seg et marked med gråsoner hvor både uvillighet og inntjeningsøsne kan samvirke til kostnadsstigning og svært ulike prisfastsetninger. Noen av aktørene kan ut fra en maktposisjon med få leverandører av apotektjenestene kreve urimelig priser. Det må dessuten skilles systematisk mellom selve medikamentet og de tilleggstjenestene som er nødvendige slik at disse forholdene faktureres særskilt. Det er en interessant mulighet til å øke den kommunale innsatsen om kommunene kan fakturere tilleggstjenesten og derved dekke utleveringskostnader og prøvetaking.

LAR som modell er bygget på kommunalt/fylkeskommunalt samarbeid. Overgangen til helseforetakene som spesialisert tverrfaglig rustjeneste kan skape vesentlige vansker. Dette gjelder særlig for arbeidsfordeling mellom kommunale instanser og helseforetak, spesielt om helseforetakene skal basere sin drift på inntektsgivende innsatsenheter innenfor en generell ressursramme. LAR hviler på et grunnlag av flerårig arbeidsdeling mellom et generalistnivå og et spesialistnivå og det er ikke uten videre klart at dette vil opprettholdes innenfor en helseforetak/kommunemodell. Det er i det minste en utfordring å finne frem til gjensidig forpliktende samarbeid i et langsiktig tidsperspektiv.

LAR er i dag i rask vekst. Det er behov for differensiering av modellen samtidig som titaksapparatet gjennomgår vesentlig endringer. Det foregår metodeutvikling med kvalitetskrav innenfor psykososiale behandlingsformer og utviklingen av biologiske metoder er betydelig. Det er for eksempel grunn til å forvente bruk av flere typer opioid agonister (vedlikeholdsmedikamenter), og det er samtidig grunn til å tro at komplikasjonene og vanskene ved behandlingen etter hvert blir tydelige slik det nå er økende oppmerksomhet på mulighet for kardiale komplikasjoner (hjerterytmeforstyrrelser). Det er derfor vesentlig å følge disse forholdene med evaluering og forskning.

Det er planlagt en kryssregisterundersøkelse mellom dødsårsaksregisteret (Statistisk sentralbyrå) og de ulike sentrenes pasientregistre. Pasientregistrene omfatter også de som er henvist og de som er utskrevet og en vil da kunne få oversikt både over hvor mange som dør når og hva de dør av. Det har dessverre tatt så vidt mye tid å få nødvendige tillatelser at denne undersøkelsen er utsatt. Resultatene vil først foreligge første halvår 2005.

I tillegg bør det gjennomføres en bred undersøkelse av kriminalitetsutviklingen i form av kryssregisterundersøkelse supplert med selvrapportert kriminalitet og kvalitative nærstudier. Det bør fortsatt satse på modellstudier, både for lavterskelstiltak, for omsorgstiltak og for rehabilitering.

## 10 LITTERATUR

### 10.1 Rundskriv

IK-28/95. Fra Statens Helsetilsynet "Krav til prosedyrer for rusmiddeltesting ved hjelp av urinprøver, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner".

I – 25/98 fra Sosial- og Helsedepartementet. Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.

IK- 15/2000 fra Statens helsetilsyn. Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk.

Fst 1/00 fra Fengselsstyret. Regler for metadonassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere i fengselsvesenet.

IK-18/2000 fra Statens helsetilsyn. Nedleggelse av register over pasienter som er avhengig av vanedannende legemidler (Misbrukerregisteret).

IK-15/2000 fra Statens helsetilsyn. Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk – endring i utleveringsforskriften (Overgangsbestemmelser).

I-35/2000 fra Sosial- og helsedepartementet. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.

I-33/2001 fra Sosial- og helsedepartementet. Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (Ansvarsforhold og organisering)

I-36/2001 fra Sosial- og helsedepartementet. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk.

IK-2236 Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker, Kap 17.

I-5/2003 Fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet. Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere – nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse.

I/8/2004 Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven

U-1/2004 fra Sosialdepartementet

IS - 12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet. Lov om pasientrettigheter

### 10.2 Delrapporter i evalueringsarbeidet

SKR 1/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for avvenning og oppstart?

SKR 2/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene for utskrivning?

SKR 3/2004 Hvilken praksis har LAR-sentrene i søknadsarbeidet?

SKR 4/2004 Statusrapport for pasienter i LAR i Norge 2002 og 2003

SKR 5/004 Hvor mange hvor – Antall, oversikter og regional fordeling

SKR 6/2004 LAR en livslang behandling? Om retensjon i behandlingen

## 10.3 Referanser

### 10.3.1.1.1 Reference List

- (1) Aavitsland P. Virker metadon? Metadonbehandling møter evidensbasert medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 118, 3105. 1998.
- (2) Hermstad R JGMK. Hvilke effekter har vedlikeholdsbehandling med metadon på rehabilitering av heroinavhengige? Tidsskr Nor Lægeforen 118, 3139-3141. 1998.
- (3) Blix O, Bruvik S, Waal H. Metadonprosjektet i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 119, 242-246. 1999.
- (4) Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Sifa rapport nr 5/97. 1997. Oslo, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning.
- (5) Waal H, Blix O, Krook A. Utredning om nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering. avgitt til Sosial- og helsedepartementet Oslo 1997. 2004.
- (6) Vånar M. Reliabilitetstesting av det norske statusskjema for pasienter i medikamentassistert rehabilitering. 2004. Personal Communication
- (7) Flaaterud S. Brukerundersøkelse. 2000. Skien, Borgestadklinikken.
- (8) Hole R, Espegren O, Bergstad Lazaridis K, Sandvold M, Blix O, Høiseith T et al. Metadon i Norge. Ett år med et nasjonalt system for metadonassistert rehabilitering. Rapport til Sosial- og helsedepartementet Oslo. 1999. Oslo, Sosialdepartementet.
- (9) Waal H, Krook A, Welle-Strand G, Espegren O, Lazaridis KB, Sandvold M et al. Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998 - 2000. SKR-rapport 1/2001. 2001. Oslo, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO.
- (10) Gurrik T, Haga W, Hole R, Spilhaug G, Waal H. MAR I NORGE - Utvikling, utfordringer og perspektiver. 2002. Oslo, MARIO.
- (11) Waal H, Krook A, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbruker. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:2301-2305.
- (12) Skog O-J. Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. 4/90. 1990. Oslo, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- (13) Ellen Amundsen. Fylkesvis beregning av antall sprøytemisbrukere. 2004. Personal Communication
- (14) Kornør H, Waal H. Metadondose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:332-334.
- (15) Sosialdepartementet. St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken. 1997.
- (16) Development and improvement of substitution programmes. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2001.
- (17) Blix O. Methadone-Maintenance Programs in Sweden. Jama-Journal of the American Medical Association 1989; 261(15):2202.
- (18) Blix O. Methadone, for whom to what purpose. Norwegian and Swedish experiences. Nordic Journal of Psychiatry 1998; 52:136.
- (19) SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunnskapssammanställning. [II]. 2001. Stockholm, SBU.
- (20) Farre M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Cami J. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2002; 65(3):283-290.
- (21) Eklund C, Melin L, Hiltunen A, Borg S. Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. International Journal of the Addictions 1994; 29(5):627-645.

SKR-rapport nr 7/04

Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge

- (22) Eklund C, Hiltunen AJ, Melin L, Borg S. Factors associated with successful withdrawal from methadone maintenance treatment in Sweden. *International Journal of the Addictions* 1995; 30(10):1335-1353.
- (23) Digiusto E, Shakeshaft A, Ritter A, O'Brien S, Mattick RP. Serious adverse events in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). *Addiction* 2004; 99(4):450-460.
- (24) Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002; 97(1):39-47.
- (25) Magura S, Rosenblum A. Leaving methadone treatment: Lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J Med* 2001; 68(1):62-74.
- (26) Anglin MD, Powers KI. Methadone treatment and legal supervision: Individual and joint effects on the behavior of narcotics addicts. *J Appl Behav Sci* 1991; 27(4):515-531.
- (27) Bickel WK, Marion I, Lowinson JH. The treatment of alcoholic methadone patients: a review. [Review] [34 refs]. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1987; 4(1):15-19.
- (28) Bracy SA, Simpson DD. Status of opioid addicts 5 years after admission to drug abuse treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 1982; 9(2):115-127.
- (29) Greenstein RA, Resnick RB, Resnick E. Methadone and naltrexone in the treatment of heroin dependence. *Psychiatric Clinics of North America* 1984; 7(4):671-679.
- (30) Eskild A, Magnus P, Samuelsen SO, Sohlberg C, Kittelsen P. Dødeligheten og dødsårsaker blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113:1331-1333.
- (31) Rossow I, Kielland KB. Dødeligheten blant stoffmisbrukere i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115:1050-1054.
- (32) Anglin MD, Powers KI. Methadone treatment and legal supervision: Individual and joint effects on the behavior of narcotics addicts. *J Appl Behav Sci* 1991; 27(4):515-531.
- (33) Caplehorn JR, Dalton MS, Cluff MC, Petrenas AM. Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction* 1994; 89(2):203-209.
- (34) Caplehorn JRM, Dalton MSYN, Haldar F, Petrenas AM, Nisbet JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse* 1996; 31(2):177-196.
- (35) Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002; 97(1):39-47.
- (36) Greenstein RA, Resnick RB, Resnick E. Methadone and naltrexone in the treatment of heroin dependence. *Psychiatric Clinics of North America* 1984; 7(4):671-679.
- (37) Rossow I. Suicide Among Drug-Addicts in Norway. *Addiction* 1994; 89(12):1667-1673.
- (38) Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* 1999; 94(2):209-219.
- (39) Rossow I, Lauritzen G. Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction* 2001; 96(2):227-240.
- (40) Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des JD et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. [see comment]. [Review] [93 refs]. *BMJ* 1994; 309(6960):997-1001.
- (41) Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):347-364.

- (42) Tober G, Strang J. Methadone matters. Evolving community methadone treatment of opiate addiction. London: Martin Dunitz, 2003.
- (43) Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling [What benefit, for whom and to what cost? A prospective study of drug abusers in treatment]. 4. 2003. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning. SIRUS rapport.
- (44) Krook AL, Brors O, Dahlberg J, Grouff K, Magnus P, Roysamb E et al. A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway. *Addiction* 2002; 97(5):533-542.