



UNIVERSITETET
I OSLO

Seraf
Senter for rus- og avhengighetsforskning

SERAF RAPPORT 1/2026

Statusrapport 2025 – Mot en ny revidert statusrapport

Pål H. Lillevold, Helge Waal, Ivar Skeie,
Anne Bukten & Lars Henrik Ryther Myklebust

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

FORORD

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) utarbeider den årlige nasjonale statusrapporten for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapporteringen har pågått siden begynnelsen av 2000-tallet, med nasjonale tallserier helt tilbake til oppstarten av LAR i 1998. Gjennom mer enn 20 år har dette arbeidet gitt oss løpende, systematisk kunnskap om pasienter i LAR, og utgjør i dag en unik kunnskapskilde som det knapt finnes paralleller til, verken nasjonalt eller internasjonalt.

Rapporten bygger på en statusundersøkelse som gjennomføres én gang i året ved alle landets LAR-enheter, og omfatter om lag 8 500 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Svarprosenten ligger stabilt høyt, typisk mellom 70 og 80 prosent, noe som gir et solid grunnlag for å følge utviklingstrekk og pasientutfall over tid. Dette gjør statusrapporten til en av helsemyndighetenes viktigste kilder til nasjonale styringsdata på LAR-området. Den brukes til å ivareta Helsedirektoratets overordnede oppfølgingsansvar, og danner dessuten grunnlag for Norges rapportering til internasjonale organer, herunder FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) og European Drug Agency (EUDA).

Nå presenterer SERAF den siste tradisjonelle statusrapporten, og lanserer samtidig en revidert modell for fremtiden. Etter to tiår har det vært nødvendig å se nærmere på innhold, struktur og den videre utviklingen av dette verktøyet. Ved utgangen av 2025 opprettet Helsedirektoratet en nasjonal arbeidsgruppe med mandat til å evaluere statusrapporten og foreslå en revidert modell for 2026. Som en helhetlig avrunding av denne epoken, oppsummeres årets rapport med et eget bidrag skrevet av Helge Waal, som ser nærmere på de lange linjene og erfaringene gjennom disse årene.

Flere medarbeidere har bidratt til årets statusrapport. Ivar Skeie har analysert mortalitetsdata og skrevet kapittelet om dødsfall i LAR. Innsamling av data til rapporten er i høyeste grad en omfattende felles dugnad, og det endelige produktet er et resultat av en betydelig innsats i hver eneste LAR-enhet. Vi takker for innsatsen fra pasienter i LAR som har bidratt til besvarelsene, LAR-ansatte over hele landet for arbeidet med innsamling av svar, og for et godt samarbeid med LAR-enhetene og Helsedirektoratet gjennom mer enn to tiår.

Oslo, 2026

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
Universitetet i Oslo

Innhold

NOK NÅ? STATUSRAPPORTEN 25 ÅR	1
MOT EN NY REVIDERT STATUSRAPPORT	11
SAMMENDRAG FOR 2025	13
KAPASITET, PASIENTSTRØM OG DELTAKELSE.....	16
Forutsetninger for årets undersøkelse	16
Datagrunnlag for statusrapporten.....	16
Antall pasienter i behandling	17
Inntak og utskrivninger	18
Svarprosent og pasientinvolvering	20
DELTAKERE	21
Kjønn og alder	21
Bosituasjon	22
Hovedaktivitet	23
MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	23
Valg av medikament.....	23
Dosering av LAR-medikament	25
Tilleggsforskrivning av benzodiazepiner	26
Forskrivende lege.....	27
Bivirkninger av LAR-medikament	28
Utelveringsordninger.....	28
Utleveringssted.....	29
Rusprøver	30
PSYKOSOSIAL OPPFØLGING	31
Forankring av behandlingen	31
Behandlingsmål.....	31
Individuell plan og ansvarsgruppemøter	32
Behandlingsplan.....	34
Behandling av psykiske helseproblemer	34
KLAGERETT	35
Informasjon om klagerett	35
BEHANDLINGSTILFREDSHET	36
Pasientenes tilfredshet med behandlingen	36
Behandlers tilfredshet med behandlingen.....	37
Endringsbehov	38
PSYKISK HELSE OG BEHANDLING.....	39
Symptomer på angst og depresjon.....	39
Vrangforestillinger	40
Selvmordsforsøk.....	41
Psykiatrisk oppfølging over tid	42
FYSISK HELSE OG BEHANDLING	42
Fysiske skader og sykdommer	43
Forekomst av ulike sykdommer	44
Legeundersøkelse.....	44
Kroniske smerter og behandling	44

Bruk av tobakk	45
Humant immunsviktvirus (HIV)	46
Hepatitt C	46
RUSBRUK	49
Opioider	49
Cannabis	49
Benzodiazepiner	50
Sentralstimulerende midler	50
Hyppighet av rusbruk	51
Rusmestring	52
Omfang av rusbruk	52
Injiserende rusbruk	53
Ikke-fatale overdoser	53
LOVBRUDD	54
PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING	56
DØDSFALL	60
Dødsårsaker og aldersprofil	61
AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	66
VEDLEGG: REVIDERT STATUSSKJEMA FOR 2026 - TABELLER OG STATISTIKK	67

NOK NÅ? STATUSRAPPORTEN 25 ÅR

Av Professor Emeritus, Helge Waal

Statusrapporten – hvorfor og hvordan

Det har nå kommet årlige statusrapporter for LAR i 25 år. Dette har gitt oss en enestående sammenhengende fremstilling av hvordan en omstridt behandlingsform er utviklet og tilpasset til de sterkt varierende forholdene i landet. Satsningen kan bare forståes på bakgrunn av at OMT – «opioid maintenance treatment» – har vært sterkt omstridt og samtidig gitt hjelp til sterkt belastete grupper.

De første forsøkene kom i USA tidlig på 1960-tallet. Landet opplevde massivt økende problemer med bruk av heroin og andre opioider tross omfattende behandlingsforsøk. To leger – Dole og Nyswander fikk i oppdrag å prøve ulike morfinstoffer som ledd i behandling. De mente å se at metadon hadde en mer ønsket effekt enn andre opiater. Etter en tids stabilisering begynte mange pasienter å ønske nedtrapping og tiltak for et sosialt liv. Dette tilskrev legene at metadon har en langsomt innsettende og langvarig effekt. Rusvirkningen blir ikke tilfredsstillende nok i seg selv.

Forsøkene vakte betydelig interesse. Flere land – som Sverige og Danmark - utviklet egne tilbud. Men motstanden var også stor, blant annet i Norge. Noen enkeltstående forsøk ble stoppet av Helsedirektoratet som bestemte at metadon bare skulle brukes som smertelindrende middel og bare i somatiske avdelinger. En evaluerende rapport som anbefalte norske forsøk, ble lagt i en skuff av daværende Helsedirektør Torbjørn Mork. Økende problemer – særlig med overdosemortalitet og smitte med HIV - førte likevel til to forsøksprosjekter; HIV-MET og MiO. Disse viste betydelig bedring for HIV-smittede og for behandlingsvanskelige heroinbrukere i Oslo. Metadon kunne altså brukes på nyttige måter for begge grupper, og Stortinget besluttet i 1998 at det skulle bygges ut et landsdekkende tilbud av det som da ble kalt «metadonassistert rehabilitering» - MAR.

En kronglete start

Rusbehandlingen var den gang hjemlet i sosial lovgivning, og helsevesenet hadde liten eller ingen rolle. Valget ble å starte regionale statlige sentra som skulle stå for de medisinske tiltakene i samarbeid med lokale sosialtjenester. Kontroll og ansvar ble lagt til de statlige sentrene med strenge regler for oppstart og oppfølging.

Så kom rusreformene som først fastslo at fylkeskommunene skulle ha ansvar for spesialisert rusbehandling, og deretter at det skulle utvikles statlig finansierte helseforetak. Rusavhengighet ble i økende grad forstått som en sykdomstilstand etter en såkalt bio-psyko-sosial modell. Hele behandlingsapparatet var under omforming samtidig som OMT – nå kalt «legemiddelassistert rehabilitering» – LAR – skulle utformes og utvikles.

De statlig finansierte regionale sentrene fikk både oppgaven å bygge ut behandlingstilbudet og å utprøve ulike modeller. Samtidig skulle de ha rådgivningsoppgaver for sentraladministrasjonen. Forløperen til SERAF – Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer (SKR) – utarbeidet et rapportskjema som ble brukt i en pilotstudie 2001. Dette skjemaet hadde spørsmål om antall i behandling, ventelister, inn- og utskrivninger sammen med oppgaver over brukte medikamenter, dosering, kontrollrutiner og inntaksstatus. Det inneholdt også spørsmål om psykososial situasjon, pågående behandling, bruk av

rusmidler siste 30 dager m.m. Allerede i 2001 begynte altså arbeidet med kunnskapsinnhenting og vurderinger.

Skjemaet skulle fylles ut for hver pasient som ledd i kvalitetssikring av journaldata. Søknad til forskningsetisk råd om bruk av individorienterte data ble drøftet, men vurdert som for vanskelig. Hvert senter skulle bare sende inn gjennomsnittstall og totaltall som aggregerte oppgaver.

Fellesmøter viste at det var betydelig forskjeller mellom sentrene. Det kom dessuten flere medikamenter, først buprenorfin og deretter buprenorfin/nalokson. I 2002 besluttet de daværende 4 sentrene å opprette en plangruppe for utvikling av en felles modell. Plangruppen laget et notat om situasjonen, og dette ble igjen drøftet i nytt felles møte (1). Ett av de sentrale forslagene var en tilbakevendende nasjonal rapportering om utviklingen, og om praksis for utlevering og kontroll. Dette notatet ble grunnlaget for de nasjonale statusrapportene.

Statusrapporten

Skjemaet utviklet av SKR ble vurdert i forhold til datakvalitet og gjennomgikk mindre forbedringer (2), og etter dette brukt i tilbakevendende statusrapporteringer. I 2003 var 2073 pasienter i behandling i 14 fylkessentre. 78% av disse ble vurdert i undersøkelsen. Det ble også gjort en egen reliabilitetsundersøkelse hvor 10 pasienter fra Oslo og Oppland ble vurdert av to uavhengige forskere. Enkelte variabler ble funnet med lav interrater-reliabilitet, og disse ble endret eller tatt ut av rapporten. Den første rapporten (3) inngikk i en nasjonal evaluering av LAR som ble bestilt av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra Helsedepartementet. Evalueringen viste at behandlingsformen hadde god fremdrift og at resultatene i forhold til reduksjon i rusmiddelbruk var gode. Det var imidlertid også store forskjeller i praksis og samarbeidsforhold, og behov for fortsatte drøftinger og problemløsning. Helse- og sosialdirektoratet opprettet i tråd med evalueringen en arbeidsgruppe som skulle vurdere sterke sider og problemer i LAR slik dette ble utviklet, og i dialog med partene utvikle retningslinjer og forskrifter. De årlige statusrapportene sto sentralt og ble drøftet i LAR-møtene hvor arbeidsgruppens medlemmer deltok.

Rapportene - sentrale for styring og evaluering

De nasjonale rapportene ble derfor sentrale i utviklingen og i evalueringen av LAR. De ble drøftet i regelmessige nasjonale samlinger med deltakelse fra departement og direktorat. Likheter og forskjeller mellom sentrene ble satt under debatt, ulike behandlingsvansker og etiske problemer ble også tatt opp, og rapportene ble et sentralt instrument for sentraladministrasjonen. Det ble nedsatt en prosjektgruppe for utviklingen av nasjonale retningslinjer med lovgrunnlag i konkrete forskrifter. Brukerorganisasjoner og presse ble invitert med.

I 2006 fikk SKR en betydelig bevilgning fra Forskningsrådet. Det ble inngått samarbeidsavtaler og fellesprosjekter med Universitetet i Oslo (UiO), Sentralsykehuset i Akershus, Nasjonalt kompetansesenter for rusforskning, og andre instanser. SKR gikk fra å være et mindre UiO-senter finansiert av direktoratet til å bli et nasjonalt senter for rus- og avhengighetsforskning – SERAF. Rapportene endret i samsvar med dette fra og med 2007 navn til «SERAF-rapporter» (6).

SERAF startet dessuten flere forskingsprosjekter med fokus blant annet på graviditet, psykisk helse og rus, somatisk helse, mortalitet, bruk av opioide antagonist (naltrekson), og evaluering av lavterskel-

modeller. Det ble også gjennomført en evaluerende beskrivelse av norsk LAR i et internasjonalt perspektiv. Forskningen er løpende beskrevet LAR-rapportene.

Status etter 10 år

I 2008 hadde Norge hatt opioid agonist-behandling (LAR) i 10 år. 10-årsrapporten ble utformet i forhold til funnene i den årlige undersøkelsen med vurdering av fremdrift og kvalitet i behandlingen (7). 4013 pasienter var i behandling ved årsskiftet og 2226 hadde vært det i kortere og lengre perioder. Svarprosenten (andel skjemaer i forhold til pasienttall) var på 77,5%. Behandlingen var tilgjengelig i hele landet. Antallet på venteliste var minkende, men fortsatt så vidt høyt som 386. 10 % hadde avsluttet i løpet av året. En minkende, men likevel betydningsfull andel ble utskrevet mot sin vilje. Det var en klart økende andel i behandling med buprenorfin.

Pasientene hadde i svært høy grad ordnet bosituasjon og økonomi, men i liten grad eget arbeid eller utdanningssituasjon. De hadde høy grad av psykiske og somatiske sykdommer og vansker, men i liten grad behandling for disse. Rusmiddelbruken var sterkt redusert, bare 13 % hadde bruk heroin siste 30 dager og 15% sentralstimulerende midler. Bruken av THC (cannabis) og benzodiazepiner lå noe høyere, men samlet var funnet at 68% hadde vært helt eller nesten helt uten rusmiddelbruk.

Den samlede evalueringen var klart positiv, og status var at LAR i Norge hadde høy internasjonal standard. Modellen hadde blitt utviklet i tråd med de løpende erfaringene og tilpasset de ulike regionale forholdene. Tre-partsmodellen med samarbeid mellom LAR-sentre i helseforetakene, kommunale instanser og fastlegene var viktig, men både det sentrale inntaket og den desentraliserte behandlingen hadde ulike utforminger. Dessuten hadde ressursene til behandlingen ikke økt tilsvarende økning i antall behandlede, og tildelingen varierte dessuten mellom sentrene. Arbeidet med nye retningslinjer skulle etter planen bli avsluttet i 2007, men ble forsinket og først gjort gjeldende fra 2010. LAR-rapporten for 2009 fikk derfor undertittelen «Siste år med gamle retningslinjer» (8).

LAR-forskriften

De nye retningslinjene med lovhjemlede forskrifter beskrev at behandlingen skulle forankres i lov om pasientrettigheter og innvilget i samsvar med fastlagte kriterier. Tidligere aldersgrenser og krav til ulike former for gjennomgått behandling ble avvirket. Behandlingen skulle innvilges etter vurdering i de tverrfaglige spesialisert LAR-sentrene tilknyttet helseforetakene, og det grunnleggende kriteriet var opioid avhengighet. Pasientene fikk rett til individuell plan (IP) i samsvar med sine problemer og rett til behandling for sine ulike vansker, med rett til langsiktig oppfølging i NAV og av ulike kommunale instanser. Fastlegen skulle følge opp medisinske tiltak og kunne overta forskrivningen av LAR-medikamenter i samarbeid med legen i LAR-sentrene. Pasienten skulle selv ha medvirkning i valg av medikamenter og økt innflytelse på utformingen av behandlingen og oppfølgingsrutinene. Kontrollrutinene skulle løpende vurderes i forhold til medisinsk nødvendighet. Pasienter skulle ikke kunne utskrives mot sin vilje så sant de tilpasset seg forsvarlig behandling. I prinsippet skulle den kunne være livsvarig.

Retningslinje – og hva så?

Utviklingen videre ble fulgt med nye årlige statusrapporter og nasjonale møter. Målsettingen for behandlingen var ikke lenger bare rusfrihet. Også stabilisering ble akseptert, og skadereduksjon var tydeliggjort som selvstendig målsetting. Den første rapporten (9) viste god tilpasning og fortsatt vekst i

antall pasienter. Pasientgruppen var stabil i behandlingen og resultatene fortsatt tilfredsstillende. Det ble spesielt påpekt at det fortsatt var betydelig forskjell mellom sentrene, både i utformingen av modellen og i resultater. Dette kunne delvis forklares i forskjell i ressurser og grad av rusbelastning i opptaksområdet. Rapporten la særlig vekt på behovet for systematisering av samarbeidet med sosiale instanser og med utvikling av individuell plan og ansvarsgrupper.

Rapporten for 2012 (10) beskrev at LAR var blitt integrert i helseforetakenes rusavdelinger – tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) - i hele landet. Forankringen var ikke lenger «LAR-sentre» men tverrfaglige rusbehandlingsenheter med LAR-tiltak i litt ulike utforminger – og derfor nytt behov for evaluering. Det var fortsatt vekst i pasientantall, men også tegn til økende andel eldre i pasientpopulasjonen. Resultatene var fortsatt gode samtidig som kontrolltiltakene gradvis var blitt mindre strenge. Det var en del ulikheter i valg av medikamenter og doseringsnivå. Praksis varierte også på flere måter i landet, og rapporten anbefalte at dette skulle følges systematisk. Nye retningslinjer var under utarbeidelse og statusrapporten med drøftinger i nasjonale møter ble anbefalt som sentrale i dette arbeidet.

Rapporten for 2013 (11) stilte spørsmålet om helseforetakene egentlig var et godt sted å være. Hvilke konsekvenser hadde integreringen av LAR i tiltakene fått? Hovedkonklusjonen var at utviklingen og status var relativt lite påvirket. Antallet LAR-ledere var blitt økt, men deres innflytelse noe mindre. Forholdet til samarbeidspartnerne var lite endret, men det var tendens til konflikter om økonomisk ansvar for oppfølgingsutgifter. Behovet for LAR-ledersamlinger og bruk av statusrapporteringen var økt.

Aldersutviklingen ble fokusert i rapporten for 2014 (12). Rapporten viste økende gjennomsnittsalder, først og fremst forklart gjennom minkende inntak av unge, og økende i høyere aldersklasser. Noe av årsaken var færre førstegangsinnntak og økt andel re-inntak. Aldersutviklingen førte til økte helseproblemer og noe økt mortalitet i behandlingen. Rapporten gir grundige analyser som peker på behov for intensivt samarbeid med somatiske helsetjenester. Det ble også pekt på økte behov for kvalitetsarbeid og for evaluering av helseforetakenes ressursituasjon. Helseforetakene hadde fått plikt til refusjon av apotekenes utleveringsutgifter, kommunenes oppfølging av LAR-behandling - bl.a. i fengsel - og av fastlegenes kontrollrutiner. Enkelte helseforetak fikk problemer med ressurser til annen rusbehandling.

I 2015 satte rapporten søkelys på disse problemene (13). Antallet i behandling var kommet opp i 7498 og økte mindre enn før. Nærmet LAR-systemet seg grensene for sin vekst? Prognosen viste et sannsynlig maksimalt antall i behandling mellom 8- og 9000 mens populasjonen av opioidavhengige ble anslått opp mot 12000. Hadde man nådd frem til alle de som ville ha nytte av LAR slik behandlingen var utformet? Var det grupper som falt utenfor? Var man nådd «grensene for vekst og nytte»? Rapporten satte derfor søkelys på inntaksrutiner, samarbeidsformer og medikamentvalg. Brukerorganisasjonene hadde kommet aktivt med i drøftingene og pekte på flere problemområder som strenge kontrollrutiner, for stabile medikamentvalg, for svakt rehabiliteringsarbeid og for liten individualisering i behandlingen.

Disse spørsmålene ble drøftet vider i rapporten for 2016 (14). Kanskje burde hovedfokus være mer på «kvalitetsforbedring» enn på kapasitetsutvidelse? De siste helseforetakene (i Nordland og Finnmark) hadde nå fått LAR-tilbud, og helseforetakene hadde dermed en nasjonal rolle for LAR. Rollen var imidlertid blitt utformet noe ulikt. Rapporten beskrev en «kommunemodell» hvor kommunal sosialtjeneste med rusbehandlingsteam samarbeidet med fastleger og spesialisthelsetjeneste, en «DPS-modell» hvor LAR var integrert i rusteam i de distriktpsikiatriske sentre (DPS), en «ruspoliklinikkmodell» hvor LAR var integrert som tilbud i ett nettverk av spesialiserte poliklinikker, en

«LAR-team-modell» hvor spesialisert ruspoliklinikker hadde egne LAR-team, en «rusavdelingsmodell» hvor LAR var integrert i en rusavdeling med ansvar for all rusbehandling i foretaket, og en «LAR-poliklinikk-modell» hvor foretaket hadde egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling. LAR var altså utviklet noe ulikt og tilpasset situasjonen i helseforetakene og typen og omfang av rusproblemene i området.

I hovedsak ble likevel behandlingens kvalitet bedømt tilfredsstillende i forhold til rusmiddelbruk og pasientfornøydhets. Men det var forskjeller i valg av medikamenter. Det var dessuten forskjeller i kontrollgrad og utskrivingsrutiner. «Vedtaksutskrivninger» - utskrivninger mot pasientens ønske – ble nesten bare praktisert i Helseregion Midt. I alt vesentlig ble behandlingen andre steder fortsatt så lenge pasienten selv ønsket det. Bruk av aktiv rehabilitering hadde stagnert bedømt ved hvor mange som hadde individuell plan og aktive ansvarsgrupper. Det var ønsker om tilgang til flere medikamenttyper. Pasientorganisasjonene hadde dessuten betydelig kritikk og beskrev utilstrekkelig pasient-medvirkning. Enkelte opplevde kontrollrutinene som nedverdiggende og svekkende for motivasjonen. Andre ønsket bedre hjelp til nedtrapping, til å slutte i LAR.

Mange av disse spørsmålene ble fokusert i rapporten for 2017 (15) med overskriften «LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver». Rapporten beskriver at levometadon – et metadonpreparat med noe annen farmakologisk profil - og preparater med langsomt virkende morfin (SROM) var kommet i bruk. Dette ble evaluert med egne spørreskjemaer til brukerne, som rapporterte varierende effekter. Noen hadde gått tilbake til opprinnelig LAR-medikament. Begrunnelsen for de nye medikamentene var i hovedsak bivirkninger eller utilstrekkelig effekt i forhold til smerteplager. Samlet ble det funnet noe økt fornøydhets, spesielt hos de som hadde begrunnet ønske om skifte med bivirkninger. Det var ingen endring i rusmestring eller sosial tilpasning.

Det ble også gjort en pilotstudie av tiltak for de som hadde aktivt ønske om å avslutte LAR – «EXIT LAR». 6 helseforetak deltok og 31 pasienter meldte seg, 21 startet nedtrapping og 10 gjennomførte helt til full avvenning. Konklusjonen var at Exit LAR var en reell mulighet, men også at behovet var moderat, og at pasientene måtte ha full rett til å gjenoppta behandlingen. En annen konklusjon var at Exit LAR burde være et tilbud til de som avsluttet LAR av ulike grunner. Gruppen har høy tilbakefallsfrekvens og høy mortalitet.

Kontrollundersøkelse av datakvalitet

Et annet område var kritikk av metodene i statusundersøkelsen. Dette kom spesielt fra brukerorganisasjonene som pekte på at dataene ble rapportert inn fra pasientenes behandlere som også hadde myndighet til å stramme inn behandlingen med kontrolltiltak og medikamentvalg. Oppriktig rapportering kunne derfor føre til uønskete endringer. Spørsmålet var om dette kunne påvirke svarene fra pasientene. Denne kritikken førte til en egen undersøkelse med sikte på kontroll av datakvaliteten. Det ble utarbeidet et eget spørreskjema som ble utlevert til de av pasientene som ønsket å delta. Skjemaet inneholdt spørsmål om rusmiddelbruk, fornøydhets, tillit til behandlerne, og til å drøfte misnøye med behandlerne. Skjemaet skulle sendes direkte til SERAF i en egen konvolutt og ikke sees av noen LAR-ansatte. Det ble laget en koblingsnøkkel som gjorde det mulig for SERAF å sammenlikne svarene med hva pasienten hadde svart i den regulære statusundersøkelsen. Sammenlikningen viste i stor grad sammenfall. Det var noe svakere fornøydhets og mer ønsker om endringer, men forskjellene var ikke betydelige.

Brukersamarbeid

Brukerne som var organisert i ProLAR, utførte også en egen brukerundersøkelse i samarbeid med SERAF (16). Over ett tusen besvarte et skjema om ulike sider av LAR. På mange områder var det betydelig samsvar med statusundersøkelsene, blant annet i forhold til rusmiddelbruk og livssituasjon. Fornøydheten var noe - men ikke dramatisk - lavere. Det ble imidlertid funnet at en betydelig andel hadde liten kontakt med sine behandlere i LAR, og til dels også opplevde nedvurdering og mistenksomhet. Kontrollrutinene ble kritisert. Brukerne burde dessuten selv kunne velge type medikament.

Nye reformer?

Stortinget drøftet igjen LAR. Konklusjonen var en bred aksept av tilbudet som en hjørnestein i rusbehandlingen. Enkelte ønsket likevel en evaluering av behandlingen med vekt på graden av rehabilitering og for noen også et ønske om tidsavgrensning. Regjeringsplattformen etterlyste større brukerinnflytelse, anbefalte bredere tilbud av medikamenter og dessuten spesifikt ønske om HAB – heroinassistert behandling. Rusreformen tid gjorde seg gjeldende. Arbeidet med revisjon av retningslinjene var begynt.

Den neste statusrapporten hadde dette som tema (17). På de sentrale parameterne fungerte LAR tilfredsstillende, men psykososiale problemer helsevansker ble utilstrekkelig møtt, og en relativt vesentlig andel i behandling hadde fortsatt betydelige problemer. Andelen som forsøkte medikamentelle alternativer var liten og resultatene noe usikre, men likevel positive. Et gjennomsnitt på 17 % av behandlerne ønsket endringer i pasientenes behandlingsopplegg, og samtidig var det fortsatt stor forskjell mellom sentrene.

Den neste rapporten tok spesielt opp bruken av nye medikamenter (18). Andelen som ble behandlet med levometadon og SROM var så vidt lav at evalueringen var vanskelig. Andelen med buprenorfin var økt til 58% med sterkt positiv evaluering av depotpreparatet. Rapporten for 2020 beskrev erfaringene med LAR under trykket av Covid-epidemien (19). Det var stor bekymring for at epidemien ville bli fulgt av økt dødelighet og sykелighet, enten som følge av smitte eller av redusert tilgang til adekvat LAR. Noen av kontrollrutinene ble tilpasset smittesituasjonen. Mortaliteten økte noe slik den i flere år hadde gjort parallelt med aldersutviklingen, men så ikke ut til å være spesielt påvirket av Covid. Dataene pekte ikke i retning av smitte eller økning av sykелighet, og konklusjonen var at LAR-modellen fungerte også under trykket av en epidemi.

Så kom det siste året med gamle retningslinjer (29). Antallet pasienter var kommet opp i 8198 pasienter og statusundersøkelsen dekket 81%. Stabiliteten i behandlingen var høy. Gjennomsnittsalderen var fortsatt økende og somatisk sykелighet relativt betydelig. Noe av dette hadde sammenheng med covid-epidemien, men andelen smittete lav. En svært høy andel var behandlet og vaksinert mot HCV. Mortaliteten i behandlingen lå på 1,3 % og ble spesielt vurdert i en egen undersøkelse. Dødsfallene var i hovedsak knyttet til somatiske lidelser som kreft, hjertelidelser, leverlidelser og bakterielle infeksjoner. Andelen dødsfall relatert til ruslidelser var svært lavt (5 dødsfall av 92).

Statusrapporten pekte på at aldersutvikling og sykелighet ville gjøre det viktig å intensivere kontakten med pasientene. Rapporteringen fører til at pasientene skal kontaktes minimum en gang i året. Dette bør sees som en gunstig effekt som gir anledning til evaluering av behandlingsopplegg og tverrfaglig samarbeid for hver enkelt.

Nye retningslinjer

Arbeidet med nye retningslinjer ble avsluttet i 2020 og de ble innført i 2021. Den grunnleggende modellen ble bevart med sentral inntaksmyndighet i TSB og oppfølging gjennom tverrfaglige LAR-tiltak. «LAR-legen» - tiltakenes leger - skulle ha reell myndighet til endringer i medikamentelle tiltak og overordnet styring av behandlingen. Kontrolltiltakene skulle imidlertid vesentlig reduseres og vurderes løpende i forhold til nødvendighet. Pasientene skulle ha valgt i forhold til type medikament innenfor legens vurdering av forsvarlighet. Retningslinjene anbefaler at pasientens skal ha vesentlig økt innflytelse. Praksis skal vurderes i forhold til opplevd stigmatisering og i forhold til ønsker om livskvalitet og rehabilitering. Det skal ikke være mulig å avslutte behandlingen mot pasientens ønske så lenge han eller hun er villig til å tilpasse seg til nødvendig medisinsk forsvarlighet. Retningslinjene understreker dessuten pasientens rett til vurdering av psykisk og somatisk helse, og behov for tverrfaglig behandling organisert som samarbeid mellom kommunale instanser og LAR.

Utviklingen videre

Hva førte de nye retningslinjene til? Dette ble belyst i nye statusrapporter. Den første av disse hadde tilsvarende tittel: «Statusrapport 2022. Første år med nye retningslinjer» og beskrev at erfaringene var nokså uendret. Det ble registrert 7643 pasienter. Innføring av «Helseplattformen» i Midt-Norge hadde medført at noen tiltak ikke var med i rapporteringen, og det reelle antall var derfor høyere. Innføring av journalsystemet DIPS Arena hadde dessuten medført ønske om nye variabler.

Rapporten viste videre at kontrolltiltakene var tydelig på retur. Urinprøvefrekvensen fortsatte å synke mens rusmiddelbruken ble rapportert som nokså uendret. Det var gjort en egen undersøkelse av sprøytebruken i et underutvalg. Denne viste at ca.30% hadde brukt injeksjoner, og halvdelen av disse injiserte regelmessig. 60% hadde imidlertid ikke eller nesten ikke brukt illegale rusmidler, og 50% ble vurdert til å ha god rusmestring. Spesielt for rapporten er at pasienter i heroinassistert behandling (HAB) for første gang er inkludert. Det foreløpige inntrykket var at pasientene er noe mer belastet enn gjennomsnittet i LAR-pasientene, men også at likhetene dominerer.

Aldersutviklingen medførte økende gjennomsnittsalder og tilsvarende økt sykkelighet og mortalitet. Dette ble særlig vurdert av Ivar Skeie som også innhentet morbiditets- og mortalitetsdata fra landsundersøkelsene og i statusrapportene. Funnet var økende dødelighet etter fylte 40 år, preget av alders- og livsstilsrelaterte sykdommer. Nesten ingen døde av overdose. Det ble dokumentert utilstrekkelig behandlede smertelidelser og dessuten betydelige sosiale problemer knyttet til ensomhet og sosial marginalisering. Rapporten understreker behov for regelmessige helseundersøkelser og oppfølging av somatiske tilstander. Relativt få har individuell plan, men flere har behandlingsplaner utviklet i samarbeid med fastlege og kommunale instanser. Disse tiltakene bør styrkes.

Året etter hadde LAR i Norge vært i drift i 25 år, og statusrapporten hadde tilsvarende tittel: «Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering» (22). Det var da 8467 i behandling fordelt på 20 enheter, lite frafall i behandlingen, og gjennomgående akseptabel sosial situasjon for brukerne. Langt de fleste bodde i leid eller eiet bolig, men økonomien var basert på uføretrygd eller alderstrygd. Hovedinntrykket var at LAR var i en stabil situasjon. Pasienter brukte nesten ikke illegale opioider, men en betydelig minoritet brukte benzodiazepiner eller cannabis, i hovedsak til rusformål. Rapporten gir konkrete opplysninger om de fleste problem- og bruksområdene, og har egne kapitler om mortalitet og HAB. Det er noen gradvise

endringer etter de endrete retningslinjene, særlig i form av mindre kontrolltiltak og økt brukerinnflytelse på medikamentvalgene. Rehabilitering til rusfrihet ble oppgitt som målsetting for majoriteten, men skadereduksjon ble beskrevet som en fullt ut akseptert målsetting. Det ble påpekt behov for styrket somatisk oppfølging, samtidig som nokså få hadde individuell plan og ansvarsgruppeoppfølging. Majoriteten – nesten 7 av 10 undersøkt i et delutvalg, hadde imidlertid en utviklet behandlingsplan. HAB-gruppen skilte seg ut med noe lavere alder, større ustabilitet, men også noe høyere pasientfornøydhet. Rusbruken var vanligere i HAB enn i LAR.

Rapporten konkluderer med at det er behov for styrket satsning på psykisk helse, samt på brukervedvirkning sammen med mer systematisk samarbeid omkring tydeliggjorte behandlingsmål. Det bør gjennomføres regelmessige legeundersøkelser, særlig på bakgrunn intervensjoner i forhold til tobakksbruk, ernæring og utilstrekkelig fysisk aktivitet. Inntrykket er at LAR er i god utvikling.

Statusrapporten for 2024 (23) bekreftet utviklingen. Rusbruksutviklingen beskrives under rimelig kontroll. En økende mortalitet og sykelighet forklares med at pasientgruppen får de samme sykdommene som den øvrige befolkningen, men tidligere og med alvorligere forløp. Som det heter i rapporten: «Det er helsevesenets samlede oppgave og ansvar å organisere seg slik at nødvendig somatisk helsehjelp når frem til LAR-pasientene. Dette krever samarbeid mellom LAR, fastleger, kommunalt tjenesteapparat, rusinstitusjoner og somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Vi trenger samhandling og ikke «svarteperspill», målet må være at «den som er i posisjon, den må handle.»

Implikasjonene sier rapporten, er at LAR må prioritere å forbedre pasientens livssituasjon, arbeide for å sikre pasientene ressurser til gode levevaner og sikre generell livskvalitet. De som ønsker utredning og behandling for psykiske lidelser må sikres tilgang til dette. Fortsatt dialog om medikamentvalg, dosering og bivirkninger må fremmes for å bedre pasientens tilfredshet og medvirkning. Det understrekes også at regelmessige legeundersøkelser er viktige, og tiltak for å redusere tobakksbruk, bedre ernæring og øke fysisk aktivitet vil kunne være positivt for helse og livskvalitet.

Status for statusrapportene

Statusrapportene har nå fulgt LAR gjennom en lang utvikling fra å være et lite og omstridt prosjekt som ikke passet inn i behandlingsapparatets oppbygning og ideologi, til å bli et nasjonalt tilbud innarbeidet i helsevesenet over hele landet. Den tilbakevendende rapporteringen er nokså enestående både nasjonalt og internasjonalt. Informasjonen er innhentet av pasientenes egne behandlere, noe som har sikret at behandlerne har evaluert hver pasient minst én gang i året. Rapportene har vært diskutert i årlige LAR-ledersamlinger og derfor bidratt til faglig utvikling og endringer. De har også gitt grunnlag for helsemyndighetenes arbeid med retningslinjer og bestemmelser, og befruktet utviklingen av ideologi og planer. Brukerorganisasjonene er blitt trukket inn i arbeidet og gjennom dette fått betydelig innflytelse. Informasjonsinnhenting gjennom behandlere som også har myndighet for kontrolltiltak og behandlingsvalg, er imidlertid også en svakhet. Negative holdninger og kritikk kan ha blitt holdt tilbake. Pasienter som har holdt seg unna behandlerne, vil selvsagt være lite representert i vurderingene. Dette er forsøkt evaluert i kontrollundersøkelser. Ifølge disse er problemene reelle, men begrensede. I hovedsak gir rapportene dekkende bilder av rusmiddelutviklingen blant pasientene, og av deres ulike problemer og livsvilkår.

Gjennomlesning av rapportene frem til i dag, gir et levende bilde av hvordan LAR har utviklet seg både i forhold til kritikk og ros, og blitt tilpasset et forandrende behandlingsapparat. Ulike geografiske forhold

og behandlingstradisjoner har skapt spenningsforhold og variasjoner i tilbudene i grad av kontrolltiltak, valg av medikamenter, doseringsnivå, og psykososiale tiltak. Dette har blitt tydeliggjort i rapportene og derfor belyst faglig og politisk. Rapporteringene og diskusjonene i og med LAR-tiltakene har skapt et dynamisk miljø for – i hovedsak – positive endringer, og for myndighetenes planarbeid og politikk. Resultatet er i dag en solid basis for videre utvikling og for å kunne møte nye utfordringer. Strukturen er blitt solid i en dialog hvor også brukerne har fått betydelig innflytelse. LAR er i dag en hjørnestein i behandlingen av opioid-avhengige brukere, og tjener dessuten til inspirasjon for pasienter med andre brukerprofiler. Ikke minst: rapporten viser at behandlingen har vært avgjørende for å redusere sosiale vansker, kriminalitet og overdosedødsfall.

Men rapportene beskriver også en betydelig innsats – som ikke minst kan belaste behandlere med solid arbeidsbyrde. Noen av LAR-tiltakene har kritisert dette og ment at belastningen er blitt for stor med økende antall pasienter i behandling. Dette er forståelig, men samtidig er det både slik at rapportene gir kunnskap som er vesentlig for å sikre ressurser og for å utvikle tilpassete arbeidsformer og - ikke minst – sikre kontakt og kontinuitet mellom pasienter med langvarige og alvorlige lidelser og et tverrfaglig behandlingsapparat hvor det ikke sjelden er skiftende behandlere. Det er grunn til å mene at de årlige statusrapportene har vært og er helt vesentlige grunner til at LAR i Norge er kvalitetsmessig i internasjonalt toppskikt.

Rapporteringen har også vist at LAR kan møte utfordringer med nye medikamenter og nye ideologier. Dette gjelder både ulike psykososiale behandlingsmodeller og ulike medikamentelle tiltak og - prosjekter. Ett av disse er HAB-prosjektet hvor LAR har kunnet møte ønsket om systematisk utprøving av bruk av heroin i behandlingen. Dette vil også kunne gjelde andre tiltak og konklusjonen er at strukturen med årlige rapporter og tilbakevendende problemdrøftinger er et gunstig grunnlag, også for forskning og problemløsning.

QUO VADIS

Statusrapporteringen er i dag under evaluering og reformering. Det har kommet noen pasientregistre som kan gi avlastning, og ikke minst nye instrumenter for vurdering av psykiske og somatiske variabler. Enkelte av variablene i statusrapporten har nå redusert interesse og enkelte har gjort sin tjenestetid lenge nok. Det er derfor satt ned et arbeidsutvalg for revisjon av rapporten. Det er grunn til å håpe på at dette vil sikre at LAR rapporteres fruktbart og pålitelig i mange år fremover. Dette vil være viktig for å sikre kvalitet og nyvinning.

Litteratur

1. Gurrik T, Haga W, Hole R, Spilhaug G og Waal H. MAR i Norge. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene. Bergen 29-30 november 2002.
2. Vånar M. Evaluering av datakvaliteten til «Statusrapportskjemaet» et måleinstrument for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Masteroppgave, Seksjon for helsefag. Med fak., UiO, 2005.
3. SKR-rapport 4/2004. Statusrapport or pasienter i legemiddelassistert rehabilitering 2002-2003. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet 2004
4. SKR rapport 1/2006 LAR I NORGE - Statusrapport 2005
5. SKR rapport 1/2007 LAR I NORGE Statusrapport 2006
6. SERAF rapport 1/2008. LAR i Norge. Statusrapport for 2007
7. SERAF rapport 2/2009. LAR i Norge 10 år. Statusrapport for 2008
8. SERAF rapport 1/2010. Siste år med gamle retningslinjer. Statusrapport 2009
9. SERAF rapport 4/2011. Statusrapport 2010. Første år med nye retningslinjer
10. SERAF rapport 1/2013 Statusrapport 2012 LAR som det vil bli fremover?
11. SERAF rapport 1/2014 Statusrapport 2013 Helseforetakene - et godt sted å være?
12. SERAF rapport 2/2015 Statusrapport 2014 En aldrende LAR-populasjon?
13. SERAF rapport 1/2016 Statusrapport 2015 Mot grensene for vekst og nytte?
14. SERAF RAPPORT 2/2017 Statusrapport 2016 Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?
15. SERAF RAPPORT 3/2018 Statusrapport 2017 LAR 20 år Status, vurderinger og perspektiver
16. «1032 brukere» - Om LAR i Norge. En «bruker til bruker» undersøkelse» Utarbeidet av ProLar. Nedlastbar fra ProLARs hjemmeside.
17. SERAF RAPPORT 1/2019 Statusrapport 2018 LAR i rusreformenens tid.
18. SERAF RAPPORT 1/2020 Statusrapport 2019 Nye medisiner - nye muligheter?
19. SERAF RAPPORT 4/2021 Statusrapport 2020 LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi.
20. SERAF RAPPORT 2/2022 Statusrapport 2021 Siste år med gamle LAR-retningslinjer.
21. SERAF RAPPORT 1/2023. Statusrapport 2022. Første år med nye LAR-retningslinjer.
22. SERAF RAPPORT 2/2024. Statusrapport 2023. Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
23. SERAF RAPPORT 5/2025. Statusrapport 2024

MOT EN NY REVIDERT STATUSRAPPORT

Når statusrapporteringen nå avsluttes i sin nåværende form, etterlater den seg et av Europas mest komplette, populasjonsbaserte datagrunnlag på rusfeltet. Den årlige nasjonale dughaden har gjort det mulig å følge en hel helsetjeneste i sanntid, på solide data knyttet til tema som smittestatus, mortalitet og medikamentdoseringer. Gjennom denne metoden har rapporten gitt en rekke klare svar. Retensjonsgraden ligger stabilt på rundt 70 prosent etter 12 måneder, og reduksjonen i overdosedødelighet er grundig dokumentert og bekrefter at LAR er det mest effektive tiltaket for å senke dødeligheten i denne gruppen. Samtidig viser smitteverndataene at hiv holdes effektivt nede, og at hepatitt C i stor grad er under kontroll og i praksis nær eliminert som folkehelseproblem i den norske LAR-populasjonen. Statusundersøkelsen har dermed vært langt mer enn en årlig statistikkleveranse; den har gitt løpende kunnskap som har formet både fagutvikling og politikk. Internasjonalt har det norske rapporteringssystemet vekket betydelig oppsikt, nettopp på grunn av kombinasjonen av en oversiktlig populasjon, en sentralisert tjenestestruktur og innhenting av nasjonale styringsdata over tid.

Samtidig viser materialet at helseutfordringene i LAR har forskjøvet seg betydelig. Der behandlingen opprinnelig først og fremst hadde som mål å redusere overdoser og akutt dødelighet, er bildet i dag preget av en aldrende pasientgruppe med omfattende og sammensatte helseproblemer. Overdosedødsfall utgjør nå en mindre andel av dødsfallene, mens somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft og leversykdom dominerer i stadig større grad. Dette speiler en pasientpopulasjon som lever lenger, men som samtidig bærer med seg en betydelig sykdomsbelastning. Parallelt er psykisk komorbiditet fortsatt utbredt, uten at behandlingsdekningen synes tilstrekkelig styrket i takt med behovet. Samlet peker dette på et skifte i LARs helsemessige rolle: fra primært å forebygge akutt død til å håndtere kronisk sykdom, psykisk helse og redusert livskvalitet over tid.

Avslutningen av statusrapporten markerer derfor ikke slutten på innhenting av nasjonale data, men en nødvendig videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget. Det nye, reviderte statusskjemaet representerer et tydelig skifte. Der det tidligere verktøyet i hovedsak baserte seg på vurdering av pasientens situasjon, flyttes nå tyngdepunktet mer mot pasientens egen stemme gjennom bruk av pasientrapporterte utfallsmål. For å videre sikre at den nye rapporteringen blir målrettet og bærekraftig, er detaljerte og ressurskrevende registreringer som frekvensen av urinprøver, spesifikke lovbrudd, detaljert rusmønster siste uker og tekniske utleveringsordninger, tatt ut eller redusert. Samtidig opprettholdes innsamlingen av kjerne-parametre som pasienttall, inntak, utskrivninger og dødelighet gjennom andre datakilder.

Revisjonen har resultert i et mer konsist og klinisk orientert instrument, med tydelig dreining mot livssituasjon, funksjon, brukermedvirkning og helserelatert livskvalitet. Den nye strukturen speiler Helsedirektoratets prioriteringer for fremtidig rapportering, og legger bedre til rette for å fange det som i dag er de mest sentrale utfordringene: hvordan pasientene faktisk lever med behandlingen, og hvordan helse, funksjon og livskvalitet utvikler seg over tid. Elementer som primært har historisk interesse eller begrenset klinisk relevans er derfor tatt ut, mens områder som psykisk helse og oppfølging i større grad skal baseres på validerte måleverktøy og pasientens egen vurdering.

Gjennom mer enn to tiår har den nasjonale statusrapporteringen gitt en unik og systematisk dokumentasjon av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Den avsluttes i sin opprinnelige form på et tidspunkt hvor behandlingen både fremstår som faglig robust og samtidig står overfor nye utfordringer. Det videre arbeidet vil i økende grad måtte rette seg mot integrasjon av somatisk og psykisk helsehjelp, styrket oppfølging av en aldrende pasientgruppe og utvikling av behandlingstilbud som i større grad ivaretar pasientenes egne mål for livskvalitet og deltakelse. Sluttrapporten markerer dermed ikke en avslutning, men et tydelig skifte i hvordan kunnskap om LAR skal utvikles og brukes i årene som kommer.

Revidert statusrapport ligger som vedlegg i slutten av rapporten.

SAMMENDRAG FOR 2025

Resultatene fra statusundersøkelsen 2025 viser at det totale antallet pasienter i LAR i Norge var 8530 ved utgangen av 2025. Samlet antall førstegangsinnntak til behandling har gått noe ned i forhold til de to foregående årene, samtidig som antall utskrivinger også har gått noe ned. Som ved tidligere år antyder dette god dekningsgrad og kontinuitet i behandlingen. Pasienter som avslutter, gjør dette primært etter eget ønske. Svarprosenten på årets statusundersøkelse var på i gjennomsnitt 75 % for de deltagende enhetene, og pasienter medvirket i utfyllingen i 71 % av disse.

Deltakere

- Kvinner utgjør som tidligere omtrent 30 % av pasientpopulasjonen.
- Gjennomsnittsalder blant pasientene stiger jevnt og var i 2025 på 49 år.
- De fleste har en stabil bosituasjon, med egen eid eller leid bolig (83 %).
- De fleste er ikke i heltidsbeskjeftigelse som jobb eller utdanning (83 %).
- De fleste har uføretrygd eller alderspensjon som hovedinntekt (73 %).

Medikamentell behandling og medisinsk sikkerhet

- De siste årene har det vært en utvikling ved at det tilbys et større spekter av LAR-medikamenter i LAR. Andel buprenorfin mono-preparat øker noe til 38 % og er det mest brukte medikamentet, etterfulgt av en (fortsatt nedgang) i metadon til 25 %. Buprenorfin injeksjon-depot øker til 23 %. Andelen med andre LAR-medikamenter har økt noe fra tidligere til 11%. Buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat benyttes i stadig mindre grad (3 %).
- Samlet sett rapporterte 7 % i et del-utvalg om bivirkninger av sitt LAR-medikament.
- Benzodiazepiner ble forskrevet til 41 % av pasientene, og representerer en mulig stabilisering de siste år.
- Rusprøver blir gradvis mindre benyttet. Omtrent 52 % har ingen rusprøveordning, mens 47 % enten har avtale om regelmessige rusprøver eller stikkprøver. I 2005 avla pasientene i gjennomsnitt 1,7 urinprøver per uke, i år var dette tallet nede i 0,2.

Psykososial oppfølging

- De fleste av pasientene, 67 %, hadde rehabilitering med rusfrihet som sitt overordnede behandlingsmål.
- LAR-behandlingen er for 85 % av pasientene forankret i spesialisthelsetjenesten.
- Fortsatt har bare omkring 10 % av pasientene en individuell plan (IP).
- Ansvarsgruppemøter hadde blitt avholdt siste tre måneder for 24 % av pasientene.
- I et delutvalg hadde 69 % en aktiv behandlingsplan.
- 17 % mottok behandling for psykiske helseproblemer, noe som representerer en svak økning fra tidligere.

Behandlingstilfredshet og klagerett

- 61 % av pasientene rapporterte om tilfredshet med LAR-behandlingen, og 13 % var delvis fornøyd.
- Til sammenligning uttrykte 71 % av behandlerne tilfredshet med behandlingen og pasientenes utvikling, 23 % var delvis tilfredse.
- I et delutvalg hadde 61 % av pasientene mottatt informasjon om klagerett på LAR-behandlingen.

Psykisk og fysisk helse

- Psykiske helseproblemer er fortsatt nokså utbredt i pasientpopulasjonen. 22 % rapporterte om alvorlige angstsymptomer og 12 % om alvorlige depressive symptomer, som begge antyder en svak nedgang de siste år. 6 % har vrangforestillinger, noe som er en stabil forekomst over tid.
- Andelen som hadde hatt fysiske skader eller sykdommer som reduserte livsførsel eller livskvalitet siste fire uker var på 41 %.
- Totalt 69 % hadde vært til legeundersøkelse siste år.
- Det ble rapportert om kroniske smerter i minst tre måneder for 36 % av pasientene.
- De mest utbredte sykdommene siste år var tannproblemer (19 %), kronisk lungesykdom (10 %), høyt blodtrykk (8 %) og overvekt (7 %).
- Som tidligere var andelen med positiv hiv-status lav (1,1 %). Andelen med positiv hepatitt C-status var nokså lav (4,5 %).

Rusbruk

- Tobakksbruk er utbredt blant pasientene (69 %).
- 42 % har ikke brukt rusmidler de siste 4 ukene.
- De mest brukte rusmidlene benyttet siste 4 uker var cannabis (30 %) og benzodiazepiner (21 %) og sentralstimulerende midler (15 %). Opioider utenom LAR-medikament ble brukt av 7 %.
- Ca. 20 % har injisert rusmidler i løpet av året.
- Omtrent halvparten, 49 % ble av sin behandler vurdert som å ha god rusmestring, 20 % med blandet rusmestring.

Heroinassistert behandling (HAB)

- 75 pasienter i HAB deltok også i årets statusundersøkelse. Pasienter i HAB har noe mer sosial ustabilitet og mer rusbruk i behandling enn majoriteten i ordinær LAR.
- Langt flere hadde stabilisering uten rusfrihet som mål (95 %) enn i LAR (27 %).
- Tilfredsheten noe høyere i HAB.
- En større andel (51 %) hadde individuell plan.
- Evalueringsrapporten fra det nasjonale prosjektet ble levert til Helsedirektoratet juni -26.

Dødsfall

- I 2025 var det 188 personer som døde under LAR-behandling, men en gjennomsnittsalder på 57 år som har økt jevnt de siste årene.
- Dødeligheten i LAR er forholdsvis lav samlet sett, men dominert av somatiske dødsårsaker som stiger etter fylte 40 år.
- Dødeligheten av overdose er lav i LAR, slik hensikten med behandlingen tilsier, dersom man i tilstrekkelig grad greier å balansere kravene til forsvarlighet og tilgjengelighet med kvalitet i behandlingen.
- Antall rapporterte selvmord (8) er noe lavere enn det foregående året (13), og mer på nivå med tidligere år.

KAPASITET, PASIENTSTRØM OG DELTAKELSE

Forutsetninger for årets undersøkelse

For årets undersøkelse varierer svarprosenten en del mellom helseforetakene. Dette påvirker påliteligheten til resultatene for foretak med særlig lav deltakelse, som UNN i Troms (13 %), Akershus (27 %) og Helgelandssykehuset (29 %). Dette medfører høy fare for systematiske skjevheter i tallene for disse foretakene, og vanskeliggjør sammenligning og vurderinger av om tjenestene er likeverdige på landsbasis.

Svarprosenten vurderes som relativt god på de fleste enkeltspørsmålene, og de besvares generelt med rimelig grad av sikkerhet. Svaralternativet «ukjent» er lite brukt når det gjelder pasientenes generelle situasjon og den medikamentelle behandlingen. Imidlertid er ukjentandelen høyere på andre områder, som for psykososial oppfølging i form av koordinerte tjenester (Individuell Plan), hvor den ligger på 14%.

For spørsmål knyttet til helsetilstand og rusbruk er usikkerheten enda høyere. Dette gjelder psykisk helsetilstand (16–17 %), kroppslige sykdommer eller skader (15 %), hepatitt C (17 %) og hiv (12 %). For kartlegging av rusbruk er ukjentandelen mellom 17 % og 20 %, mens den for lovbrudd siste år er på 17%. Den høyeste ukjentandelen var knyttet til spørsmålet om pasientens tilfredshet, med 22 %. Samlet sett gjenspeiler disse tallene at totalt 29 % av pasientene ikke deltok med informasjon til statusundersøkelsen, og andelen med ukjent status er tidvis høyere i større LAR-enheter.

Pasientinvolvering i utfyllingen kan bidra til å redusere ukjentandelen. I tillegg kan det være en anledning for pasientene til å evaluere behandlingen og gi tilbakemelding om hvilken nytte de har av den. LAR-enhetene har imidlertid ulike forutsetninger for å få til dette, blant annet på grunn av varierende antall pasienter totalt og per behandlerårsverk.

Datagrunnlag for statusrapporten

Alle LAR enheter har bidratt til delen av rapporten som omhandler pasientstrøm og antall i behandling. For 2025 ble det grunnet logistiske forhold ikke mulig å kvalitetssikre disse tallene for OUS, Helgelandssykehuset og Fonna. For disse LAR-enhetene er derfor 2024 tall benyttet.

Når det gjelder innsending av statusrapportskjema har ikke OUS og Nordlandssykehuset deltatt i statusundersøkelsen for 2025. I 2025 fikk vi inn statusrapporteringer for 5385 pasienter, og blant de deltagende LAR enhetene utgjorde dette 75%, som er noe lavere enn i 2024. I rapportens deler som benytter statusrapportskjema som datakilde, representerer Oslo-data fra AHUS sine 3 Oslo bydeler (Alna, Grorud og Stovner) (50) og HAB data fra OUS (49); til sammen utgjør dette 99 personer. I Figurene basert på Statusrapportskjema representerer «Oslo» da disse 99 pasientene.

Det benyttes ulike datasystemer og rapporteringsrutiner for innsamling av statusrapportdata. De fleste LAR-enheter er over på DIPS Arena. Andre rapporterer via CheckWare, mens i Midt-Norge benyttes HEMIT som datasystem. LAR-enhetene som benytter DIPS Arena og Checkware har et utvidet spørreskjema for somatisk helse, og i år utgjør disse dataene majoriteten av de innsamlede data og vurderes som robuste og nasjonalt representative. DIPS Arena/Checkware datasettet utgjør til sammen 4688 pasienter (inkl. HAB), mens datasettet fra HelseMidt/HEMIT utgjør 697 pasienter.

Også i årets rapport inngår det en kort oppsummering av data innrapportert for HAB-pasientene fra Oslo og Bergen. Det er til sammen 71 HAB-pasienter inkludert i dette datamaterialet.

I dødelighetskapittelet er det kommet inn informasjon om til sammen 188 dødsfall, som er et noe lavere antall enn i 2024 med 193 dødsfall. Alle LAR-enheter utenom Helgelandssykehuset har bidratt med data til dødsfallsstudien.

For beskrivelsen av pasientflyt og antall i behandling rapporterer hver LAR-enhet inn antall pasienter og pasientstrøm ved årets slutt. Denne års-rapportereringen beskriver antall pasienter i behandling, antall som kommer til og antall som slutter, og danner grunnlaget for våre anslag om behov, kapasitet og sirkulasjon i hele landet og i de enkelte enhetene.

Når man leser tallene gjengitt i statusrapporten, er det viktig å gjøre oppmerksom på at antall pasienter varierer stort mellom de ulike LAR-enhetene. Noen enheter har få pasienter, og gjennomsnitt, slik de fremstilles i rapporten, kan dermed være preget av skjevheter, mer enn gjennomsnittene rapportert for de større enhetene.

I figurene er det ulike tallgrunnlag som ligger til grunn for figurene. Relevante figurer er merket med (N=xxxx). Antallet i figurene representerer følgende hele eller deler av populasjonene:

- N=8530: Nasjonal LAR populasjon; alle norske LAR-pasienter ved utgangen av 2025.
- N=5385: Totalt antall innrapporterte statusskjema, uavhengig av format (nasjonalt representativ).
- N=4688: DIPS Arena/Checkware datasettet (inkl HAB), vurderes som nasjonalt representativt.
- N=697: HEMIT/Helse Midt

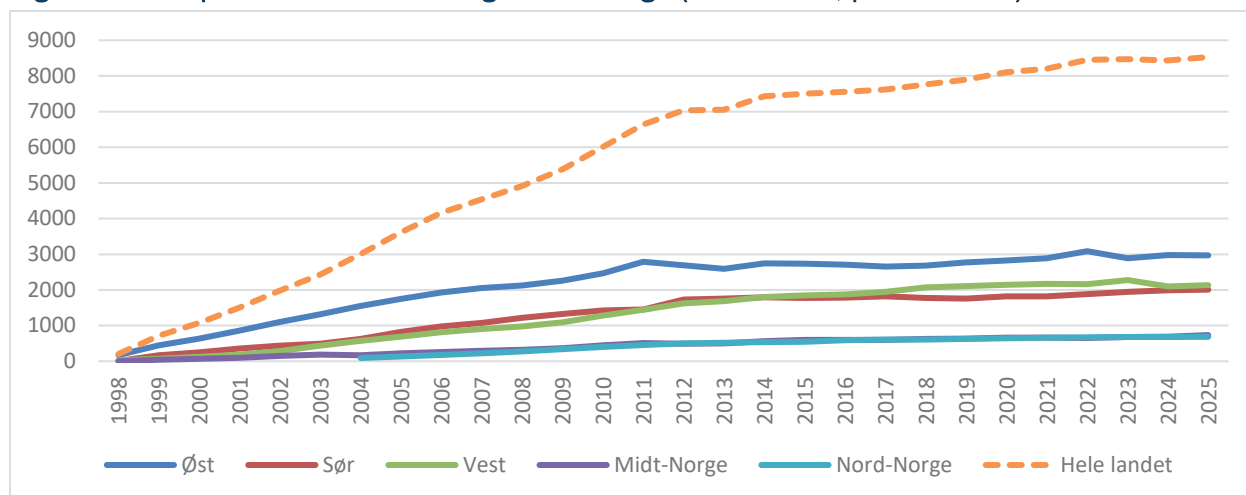
Antall pasienter i behandling

Pasientene i LAR utgjør i dag en vesentlig annen gruppe enn pasientene som ble tatt inn da behandlingen ble nasjonalt tilbud i 1998. Antallet pasienter har vokst og alderssammensetningen har endret seg dramatisk, samtidig som kjønnsfordeling og inntaksmønstre nasjonalt i stor grad er de samme.

Fra omtrent 5383 i 2010, har antallet pasienter økt betraktelig frem til 8530 ved utgangen av 2025. Veksten var bratt frem til 2012, deretter mer gradvis, og de siste tre–fire årene har antallet flatet ut til tross for en svak økning det siste året (Figur 1). Dette tolkes som at LAR har nådd dekning for en stor andel av målgruppen i Norge, anslått til 70–80 %, som er høyt i internasjonal sammenheng.

Den geografiske fordelingen mellom helseregionene har vært stabil over tid uavhengig av den totale økningen: Helse Sør-Øst har konsekvent stått for 60–65 % av pasientene, Vest 23–25 %, og med Midt og Nord med til sammen rundt 10–16 % (Figur 1). Den relativt stabile fordelingen reflekterer trolig en kombinasjon av forskjeller i befolkningsstørrelse, urbaniseringsgrad og den historiske utbredelsen av opioidavhengighet i Norge. Helse Sør-Øst omfatter både landets største befolkningskonsentrasjon og flere av de største byområdene, hvor forekomsten av alvorlig opioidavhengighet tradisjonelt har vært høyest.

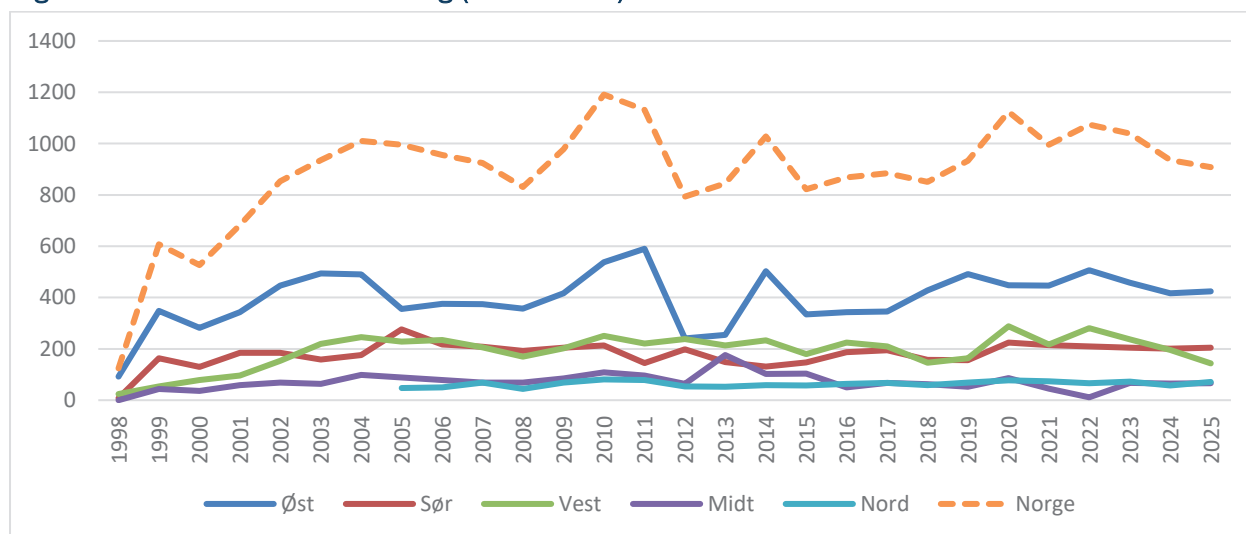
Figur 1. Antall pasienter i behandling i LAR i Norge (1998-2025, pr. 31.12.25). N=8530 i 2025



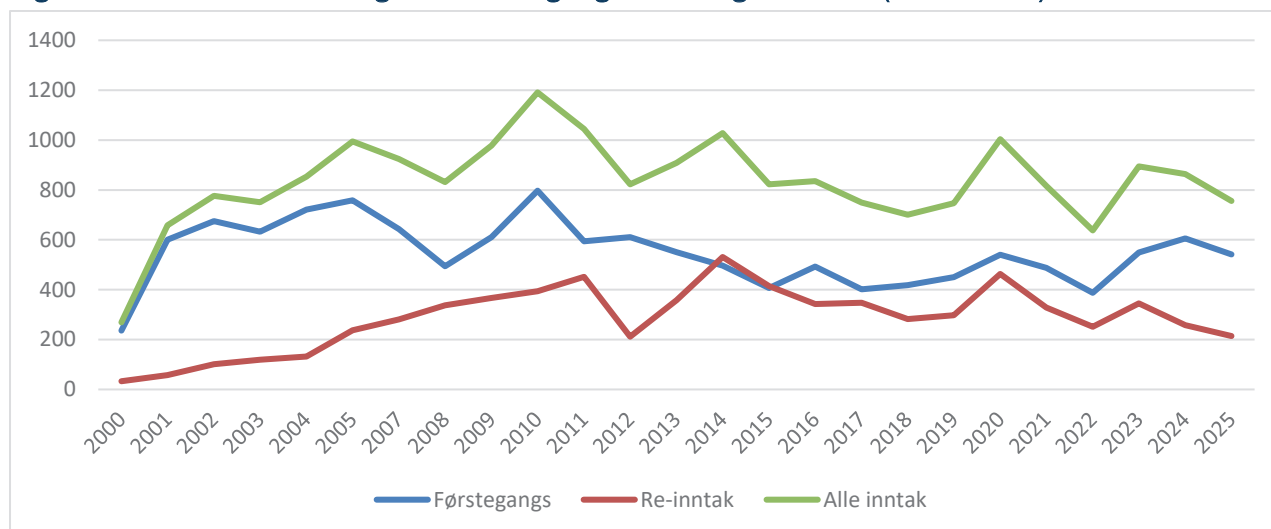
Inntak og utskrivninger

I 2025 startet 908 pasienter i LAR, noe som var 28 færre enn året før. For disse var det samlede antallet oppstart av behandling på 757 fordelt på 542 førstegangs-inntak og 214 re-inntak. De resterende 151 inntakene var videreføring av behandlingsforløp mellom LAR-enheter (Figur 2).

Figur 2. Antall inntak i behandling (2005-2025). N=8530 i 2025

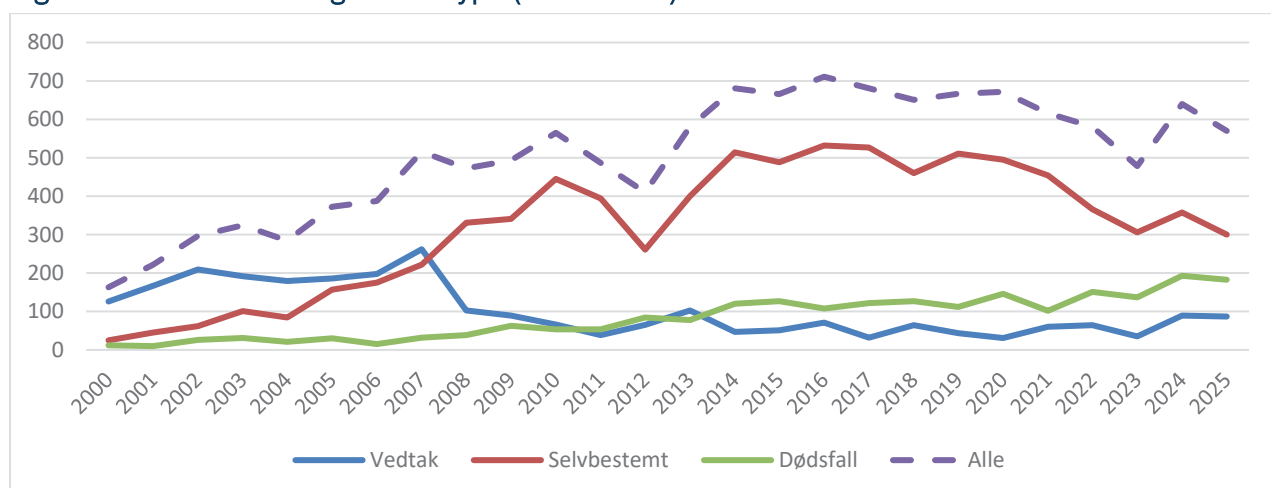


Figur 3. Inntak i LAR totalt og delt i førstegangsinnntak og re-inntak (2000-2025). N=8530 i 2025



Figur 4 viser hvordan antallet utskrivinger har utviklet seg over tid. Ettersom den totale LAR-populasjonen har økt gjennom perioden, har også det samlede antallet utskrivinger økt.

Figur 4. Antall utskrivinger etter type (2005-2025). N=8530 i 2025



Etter 2008 har utskrivinger mot pasientens vilje forekommet sjelden i LAR. Den vanligste årsaken til behandlingsavbrudd er at pasienten selv velger å avslutte, enten ved å slutte å hente legemidler eller ved nedtrapping. Selvbestemte avslutninger har gjennomgående utgjort flertallet av avbruddene. Antallet lå mellom 2014 og 2020 på rundt 500 årlig, men har vist en nedgang de senere årene.

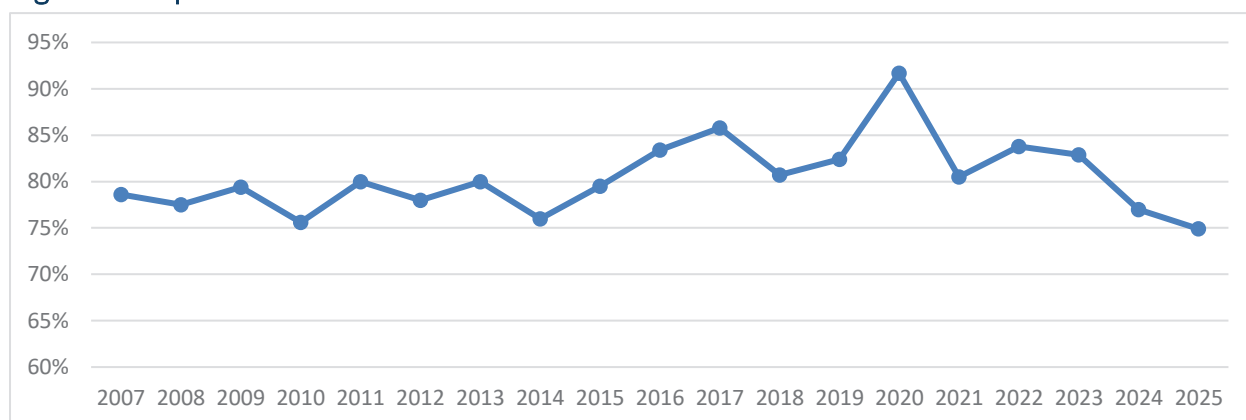
Formelle utskrivingsvedtak har vært stabilt lave siden 2014, med færre enn 60 vedtak per år. Dette nivået har holdt seg til tross for en større pasientpopulasjon enn tidligere. Inntaksmønsteret har endret seg over tid. På 2010-tallet var det årlig litt over 1000 inntak, hovedsakelig som førstegangsinnntak. Rundt 2016 stabiliserte nivået seg lavere, og andelen reinntak økte.

Svarprosent og pasientinvolvering

Nasjonalt ble det innrapportert statusskjema fra 5 385 av de totalt 8 530 pasientene som mottok LAR ved årsslutt 2025. Svarandelen har variert en god del, men har historisk sett ligget på rundt 80 %. Rapporteringen har dermed vært høy, selv om den har vært noe synkende de senere årene. Toppåret 2020 (91 %) viser hva som var mulig når rapporteringen ble gjennomført med høy nasjonal deltakelse.

Nedgangen i 2024 og 2025 skyldes i hovedsak at OUS ikke deltok med svar på statusskjemaene. I 2025 deltok heller ikke Nordlandssykehuset grunnet omstruktureringer, noe som gjør at svarprosenten ble lavere enn for 2024. I 2025 var svarprosenten blant de deltakende LAR-enhetene 75 %.

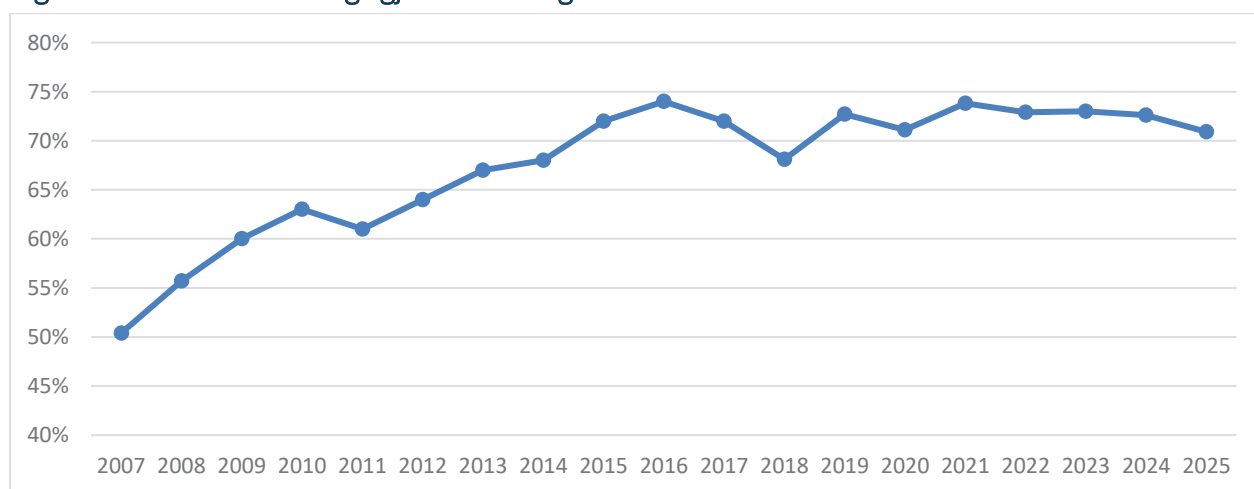
Figur 5. Svarprosent i Statusundersøkelsen fra 2007-2025



Det er pasientens koordinator eller ansvarlig behandler som skal fylle ut skjemaene, men helst i direkte samråd med pasienten. I 2025 var det 71 % pasientmedvirkning nasjonalt ved gjennomføring av statusundersøkelsen.

Som Figur 6 viser steg pasientmedvirkningen i statusundersøkelsen markant og jevnt gjennom de første ti årene, fra om lag 50 % i 2007 til en topp på rundt 72–74 % i 2015-2016. Fra 2015 og fram til i dag har nivået flatet ut og ligget stabilt på 68–74 %.

Figur 6. Pasientinvolvering i gjennomføring av Statusundersøkelsen 2007 - 2025



DELTAKERE

Kjønn og alder

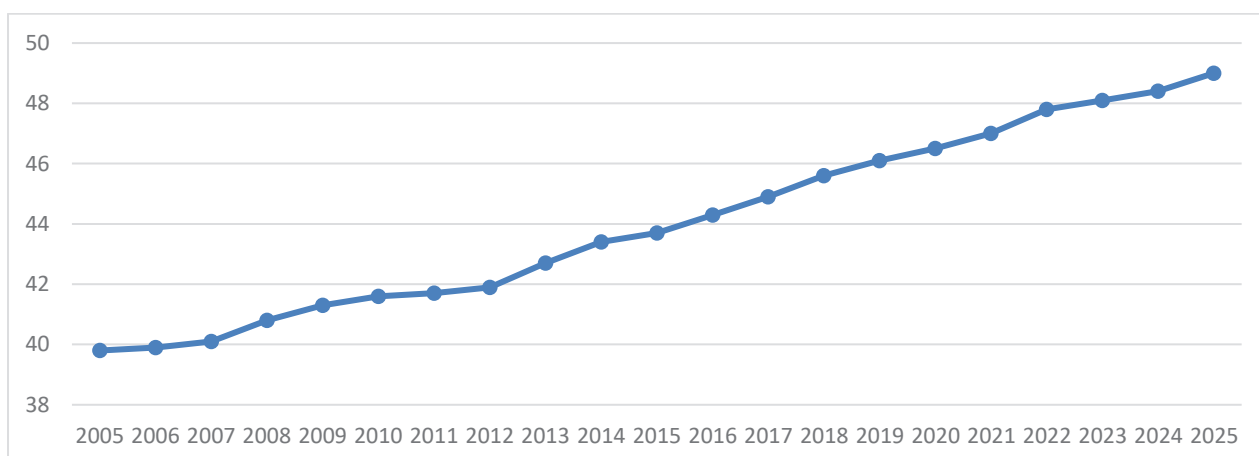
Kjønnsfordelingen blant LAR-pasienter har vært stabil gjennom hele perioden (Tabell 1). Andelen kvinner har ligget på 28-31% siden 2008, uten noen tydelig trend. Det er imidlertid noe variasjon mellom de ulike enhetene, der eksempelvis Akershus lå høyere med 37 % i 2022, mens Møre og Romsdal lå lavere med 23 % samme år. Likevel har landsgjennomsnittet vært en av de mest stabile faktorene i hele rapportserien.

Tabell 1. Kjønnsfordeling blant pasienter i LAR.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Andel kvinner (%)	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3	30,5	30,4	30,1	29,7	30,4	30,4	31,1

Den viktigste tendensen over tid er at pasientgruppen blir eldre. Gjennomsnittsalderen i 2025 var 49 år, og representerer en fortsatt jevn økning i forhold til 2024 (48 år). Se figur 7.

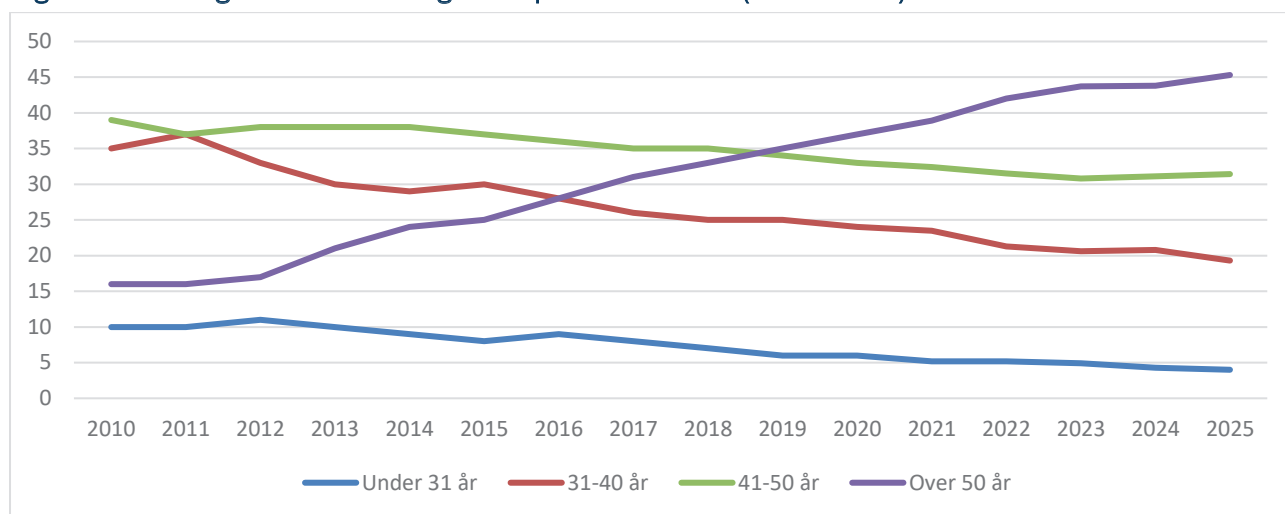
Figur 7. Gjennomsnittsalder blant pasienter i LAR 2005-2025



Kurven er stabil og viser en nesten lineær aldring hvor gjennomsnittsalderen har økt med 9 år over de siste tjue årene: fra 40 år i 2005 til 48 år i 2024. Dette tilsvarer en økning på drøyt 0,4 år per kalenderår, noe som gjør dette til en av de mest entydige trendene i hele rapportserien.

Figur 8 viser utviklingen i aldersfordeling. Her ser vi at andelen pasienter over 50 år har økt jevnt og markant siden 2010, og utgjorde 45 % i 2025. Aldersgruppen 31–40 år har sunket jevnt i disse årene, og var på 19% i 2025. Den yngste aldersgruppen utgjør en stadig mindre del av pasientpopulasjonen, og har de siste par-tre årene vært på under 5 % (4 % i 2025). Det er med andre ord ingen vekst blant de yngste, til tross for at den nedre aldersgrensen ble fjernet i retningslinjene fra 2010. Forskjellen reflekterer at det kommer inn noen nye og yngre pasienter, men også at dette tilsiget er for lite, og at også disse nye pasientene er for gamle til å bremse den generelle aldringen vesentlig. Kombinert med at andelen under 30 år sank til 4 % i 2025, bekrefter dette at LAR-populasjonen i hovedsak er en stadig eldre og stabil gruppe.

Figur 8. Utvikling i aldersfordeling blant pasienter i LAR (2010-2025).

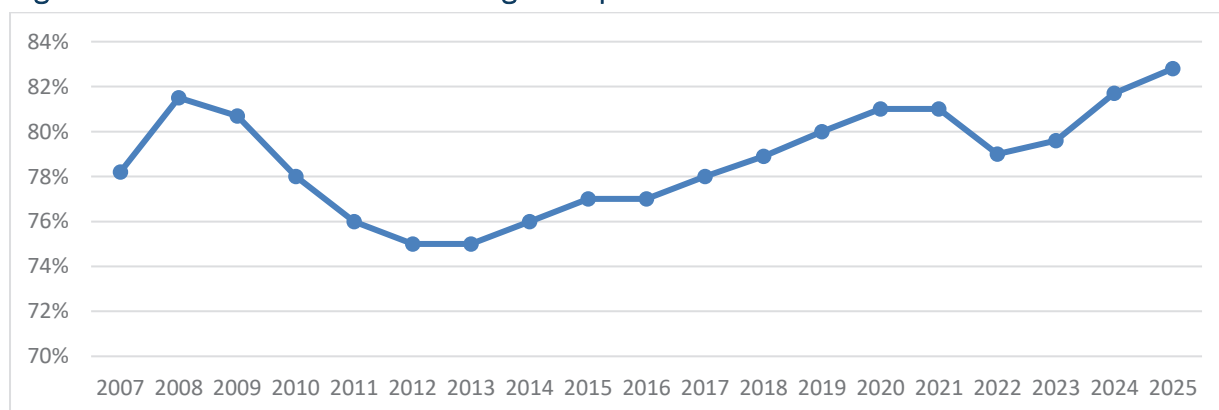


Endringen i alderssammensetning kan ha flere årsaker, som mindre rekruttering av unge med opioidbrukslidelse, men hovedsakelig er det grunn til å anta at den relative andelen eldre pasienter over tid er et uttrykk for at LAR-behandling reduserer mortalitet og slik bidrar til at personer med opioid-misbrukslidelse oppnår flere leveår i forhold til tidligere.

Bosituasjon

Majoriteten av pasientene i LAR bor i egen bolig (83 %), noe som er på samme nivå som tidligere år (Figur 9). 2 % uten bolig, 2 % bodde på hospits, hybelhus eller hotell, 4% hadde opphold på institusjon, og 1% var i fengsel. I tillegg bodde 4 % hos foreldre, 3 % hos andre, mens 2 % hadde ukjent bosituasjon. Tallene har endret seg lite de siste årene, men det er verdt å merke seg at de aller fleste oppgir en selvstendig og dermed en antagelig stabil bosituasjon. Figur 9 viser utviklingen for andel LAR-pasienter med egen (eid eller leid).

Figur 9. Andel som eier eller leier bolig blant pasienter i LAR 2007 - 2025

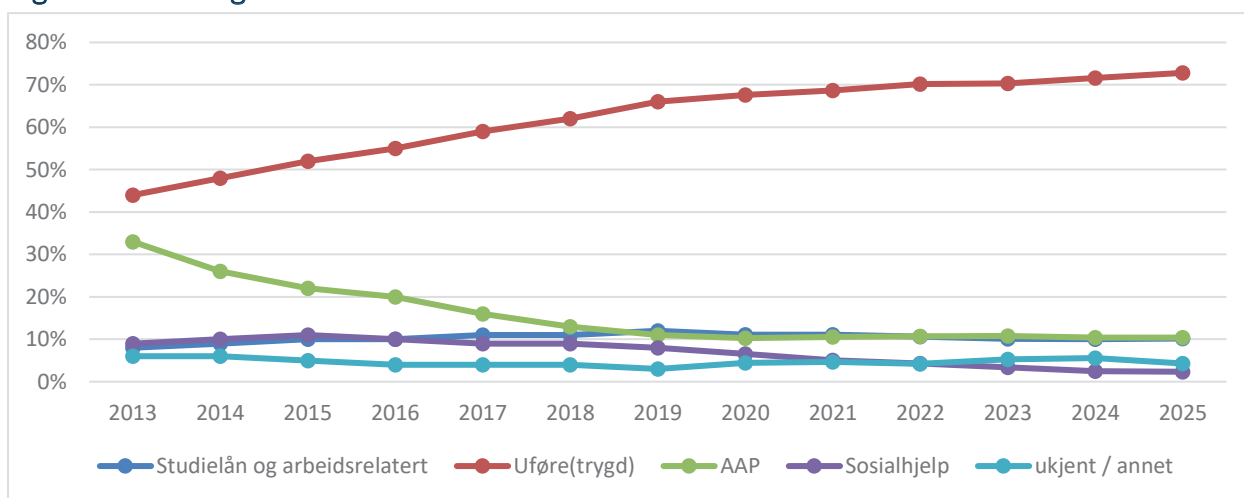


Hovedaktivitet

83 % av pasientene var ikke i jobb eller utdanning. 9 % hadde heltidsjobb, mens 7 % hadde deltidsjobb eller var under utdanning. Det har ikke vært noen betydelige endringer de siste årene, og hovedinntrykket er at pasientgruppen i hovedsak har en svak arbeidslivstilknytning.

73 % hadde uføretrygd eller alderspensjon som viktigste inntekt (mot 70 % i 2024), 10 % hadde arbeidsavklaringspenger, og 10 % hadde arbeidsinntekt. Gjennom de siste årene har man sett en gradvis økning i andelen som mottar uføretrygd eller alderspensjon, også noe som antagelig har sammenheng med at LAR-pasientene blir eldre (Figur 10).

Figur 10. Utvikling i hovedinntekt 2013-2025



MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Valg av medikament

Medikamentutvalget som tilbys i LAR har blitt utvidet over årene, fra innledningsvis kun metadon og noe senere buprenorfin (fra 2002), til nå også å innbefatte ulike kombinasjons- eller depotpreparater, samt langsomt-virkende morfin (SROM) og Levometadon. En mindre andel pasienter benytter også farmasøytisk heroin (diacetylmorfin) i et prøveprosjekt med heroin-assistert behandling (HAB) i Oslo og Bergen. I 2025 var fordelingen av medikamenter nasjonalt som følger:

Tabell 2. Medikamentfordeling

Medikament	Andel
Metadon	25,2 %
Buprenorfin (Subutex)	38,3 %
Buprenorfin depot 1 uke	5,8 %
Buprenorfin depot 4 uker	16,5 %
Buprenorfin/nalokson (Suboxone)	3,2 %

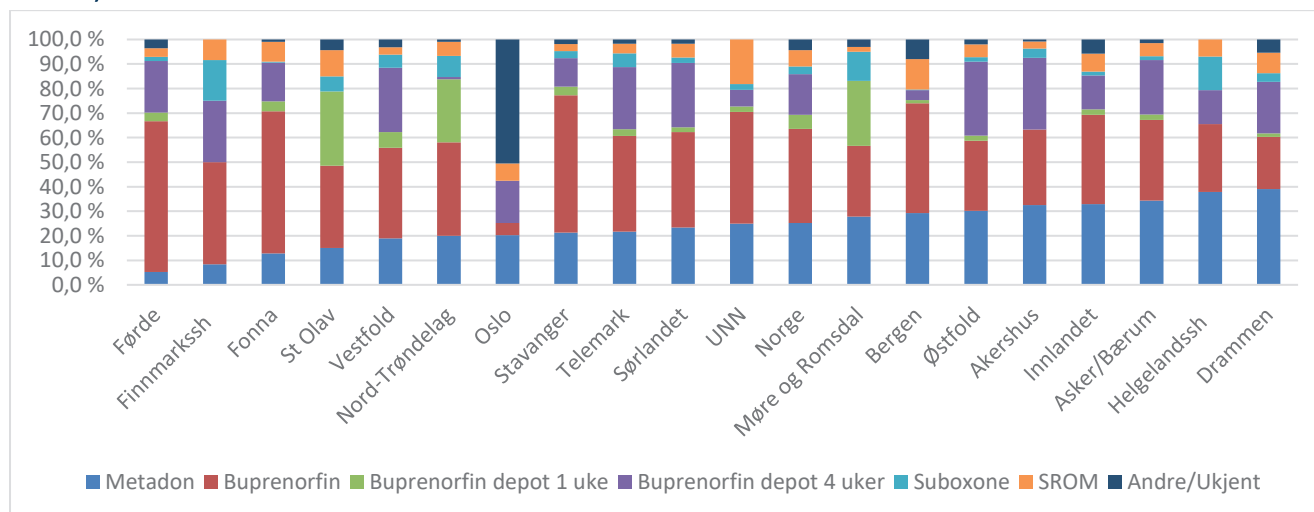
Medikament	Andel
SROM (12t og 24t)	6,5 %
Farmasøytisk heroin	1,4 %
Levometadon	1,8 %
Andre	0,7 %
Ukjent	0,5 %

Buprenorfinpreparater dominerer i 2025. Buprenorfin monopreparat (38 %), buprenorfin depot én uke (6 %) og fire uker (17 %) samt buprenorfin/nalokson (3 %) utgjør samlet om lag 64 % av pasientene. Andelen som mottar depot-formuleringer av buprenorfin er rundt 22 %, noe som reflekterer en fortsatt økning bruk siden det ble introdusert i 2019.

Metadonpreparater samlet (metadon rundt 25 % og levometadon rundt 2 %) utgjør om lag 27 %. SROM (langtidsvirkende morfin) benyttes av rundt 7 % av pasientene, mens heroinassistert behandling er registrert for om lag 1 %.

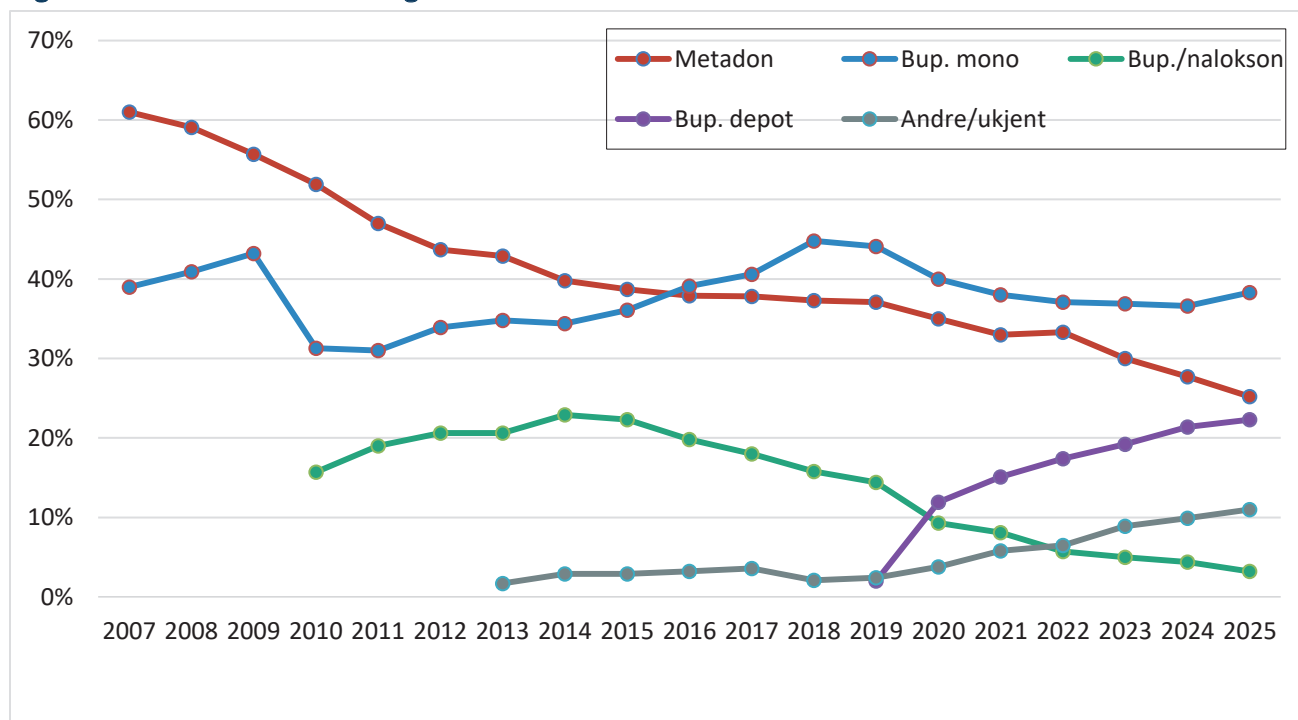
Det er geografiske variasjoner i valg av LAR-medikamenter (Figur 11). Bruken av metadon varierer fra rundt 5 % ved enkelte enheter til opp mot 40 % ved andre. Tilsvarende variasjon ses for buprenorfin monopreparat, med lav andel i enkelte områder og høy andel i andre. Buprenorfin depot benyttes i alle LAR-enheter, men i varierende omfang.

Figur 11. Andel pasienter behandlet med ulike medikamenter, sortert etter metadon (andre/ukjent = 10%). N=5385



Tidsserien fra 2007-2025 (Figur 12) viser at metadonandelen er mer enn halvert, fra 61 % i 2007 til 25 % i 2025. Buprenorfin/nalokson har falt jevnt fra 23 % i 2014 til under 4 % i 2025. Kategorien «andre» utgjorde rundt 10 % i 2025 og inkluderer SROM, levometadon og farmasøytisk heroin.

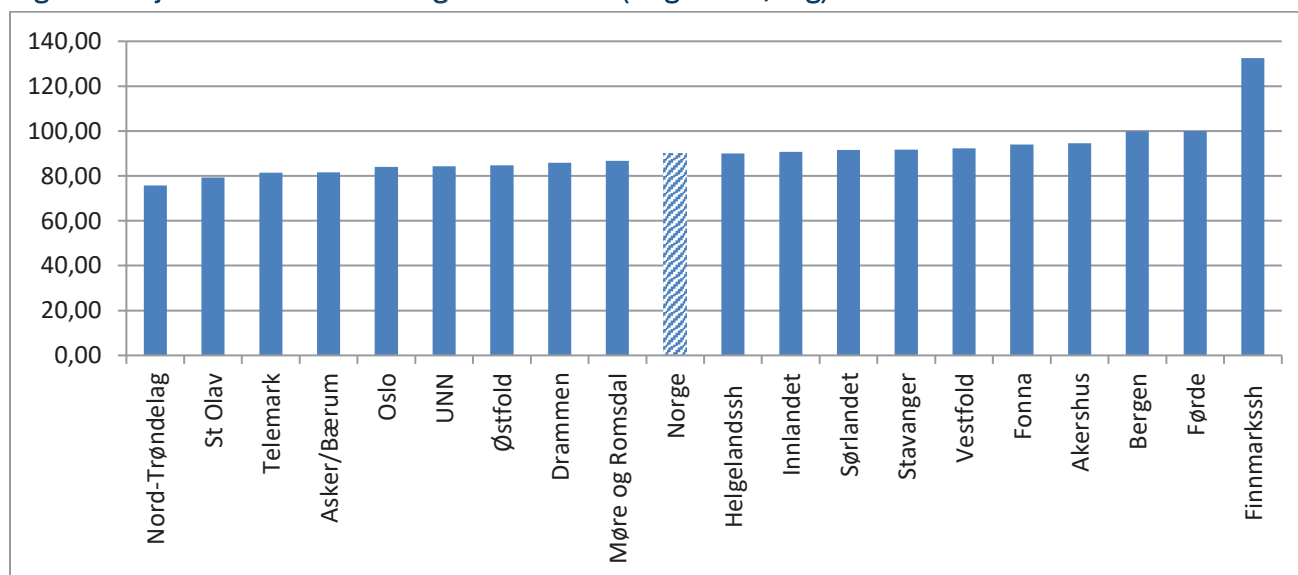
Figur 12. Medikamentfordeling i LAR 2007-2025



Dosering av LAR-medikament

For metadon var den gjennomsnittlige doseringen 90 mg i 2025 (Figur 13) og har vært relativt stabil de siste årene. Det var noe variasjon mellom LAR-enheter, primært innenfor anbefalte grenser på 80-110 mg per døgn.

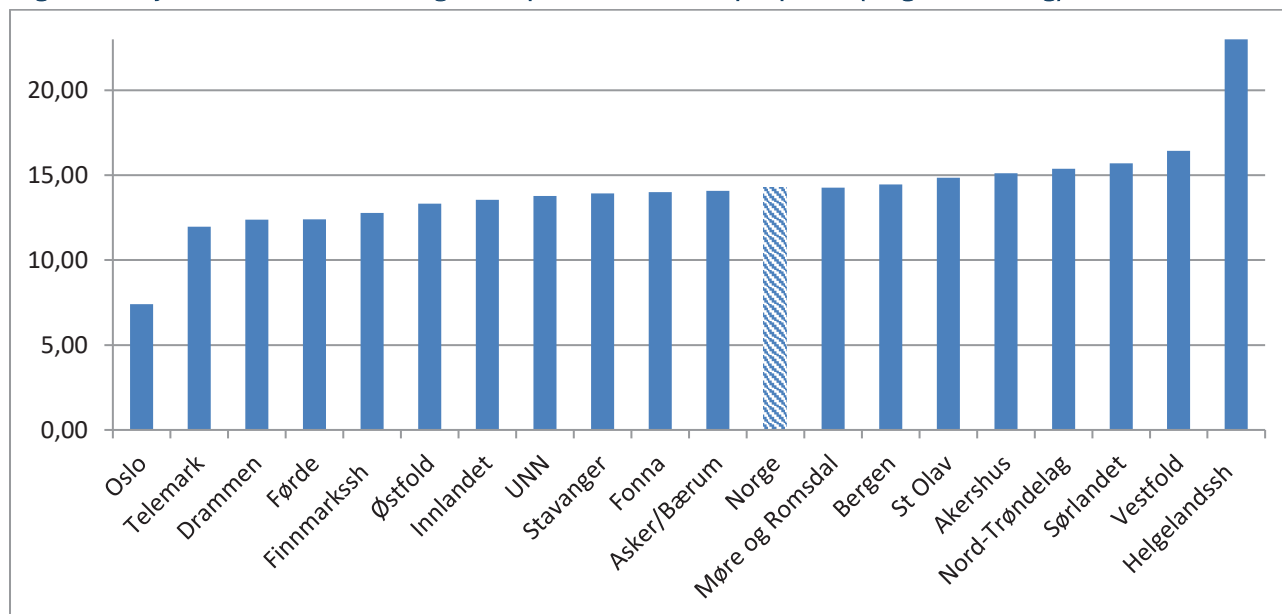
Figur 13. Gjennomsnittsdosering av metadon (døgndose, mg). N=5385



For buprenorfin er den anbefalte døgndoseringen 12-24 mg av både monopreparatet og kombinasjonspreparatet. Gjennomsnittlig nasjonalt doseringsnivå var 14,0 mg for monopreparatet

(Figur 14) og 13,2 mg for kombinasjonspreparatet. Det var liten forskjell mellom LAR-enhetene i doseringsnivå, foruten lavest i Oslo med 7,4 mg og høyest ved Helselandssykehuset HF med 23 mg. Her medfører antagelig den ulik svarprosent betydelige slagsider i tallene.

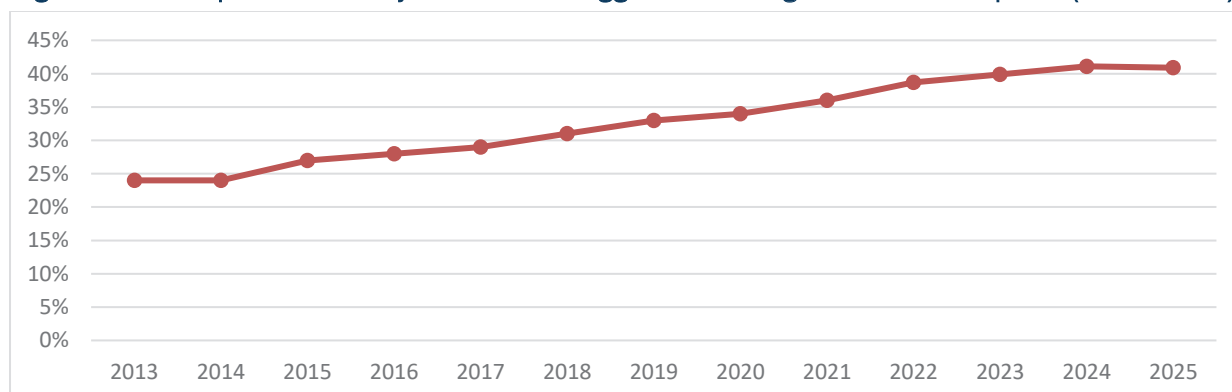
Figur 14. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (døgndose, mg). N=5385



Tilleggsforskrivning av benzodiazepiner

Statusundersøkelsen ber redegjørelse av forskrivningen av medikamenter som kan påvirke effekten av LAR-medikamentene. Særlig betydning har benzodiazepinpreparater, som ikke anbefales i kombinasjon med LAR med mindre det foreligger en klar indikasjon for dette. De nye LAR-retningslinjene åpner imidlertid for å i større grad en tidligere gjøre individuelle vurderinger knyttet til tilleggsforskrivning av benzodiazepiner. Figur 15 viser en jevn økning i denne forskrivningen, fra 25 % i 2013 til 41 % de siste to årene (2024 og 2025).

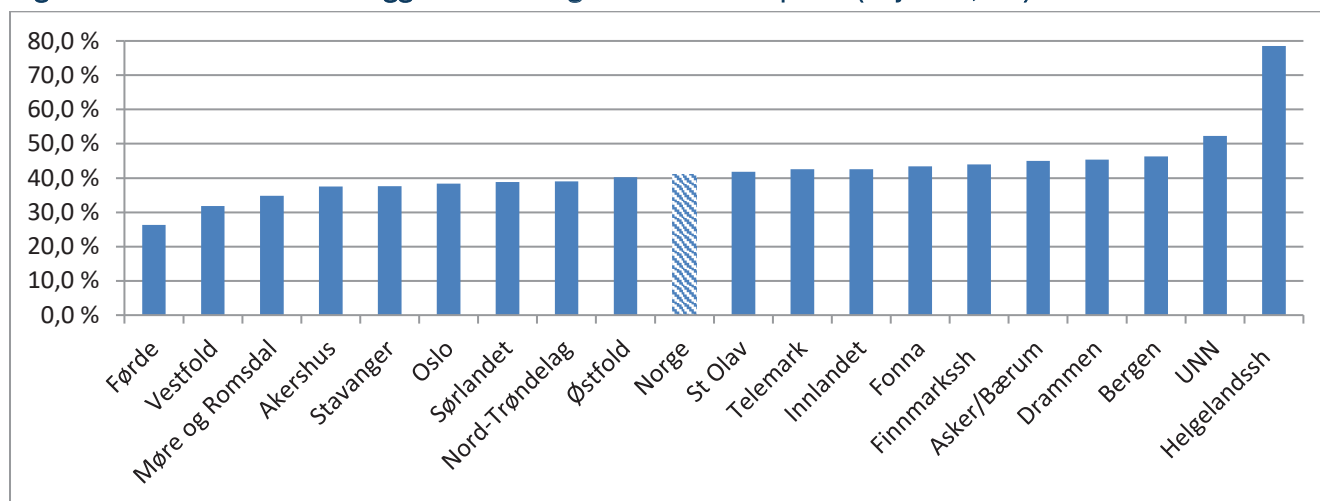
Figur 15. Andel pasienter nasjonalt med tilleggsforskrivning av benzodiazepiner (2013-2025).



Det var noe variasjon i forskrivningen på tvers av LAR-enheter (Figur 16). Den laveste andelen fant man i Førde og Vestfold med rundt 30 %, høyest ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) med noe over

50 % og Helgelandssykehuset med opp mot 80 %. Imidlertid er den samlede svarprosenten for disse helseforetakene så lav (UNN 13 % og Helgelandssykehuset 29 %) at tallene kan ha betydelige slagsider.

Figur 16. Pasienter med tilleggskrivning av benzodiazepiner (ukjent 3,4%). N=5385

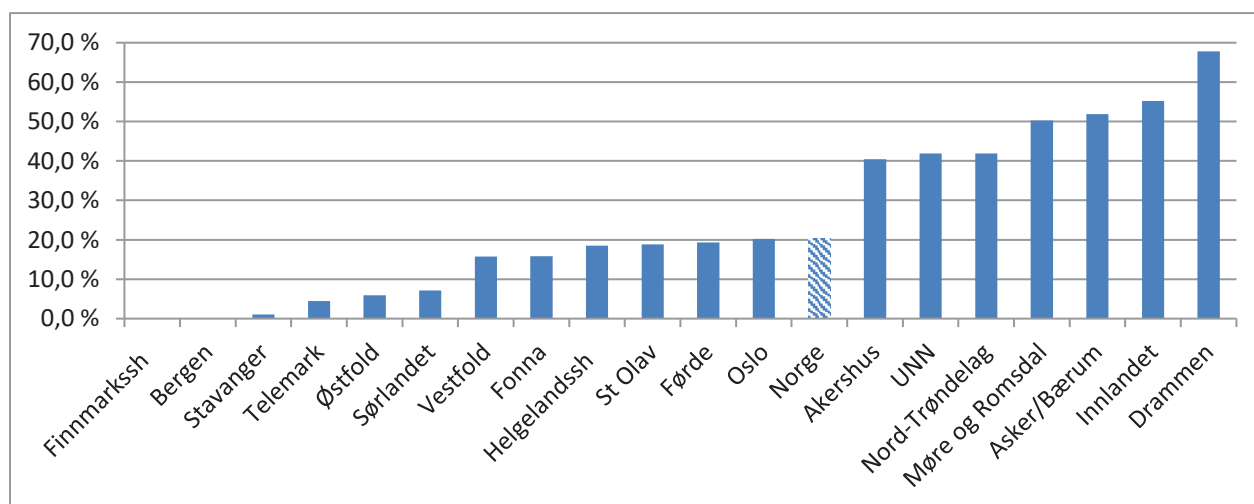


Forskrivende lege

På landsbasis har det over tid vært en betydelig reduksjon i andelen som får medikamentet forskrevet av sin fastlege, og andelen var i 2025 på 20 %. LAR-behandling er per forskrift forankret i spesialisthelsetjenesten, og majoriteten hadde da også sin forskrivende lege i LAR (78 %).

Som i tidligere år var det systematiske forskjeller mellom tjenesteenhetene (Figur 17). Disse har vært stabile gjennom en årrekke og uttrykker i første rekke ulikheter i organisering mellom de regionale, og i noen grad lokale, helseforetakene. I tillegg spiller antagelig endringer og utvidelser i bruken av nye LAR-medikamenter inn. Dette gjelder blant annet ulike formuleringer av buprenorfin depotinjeksjon og farmasøytisk heroin ved oppstarten av HAB i Oslo og Bergen.

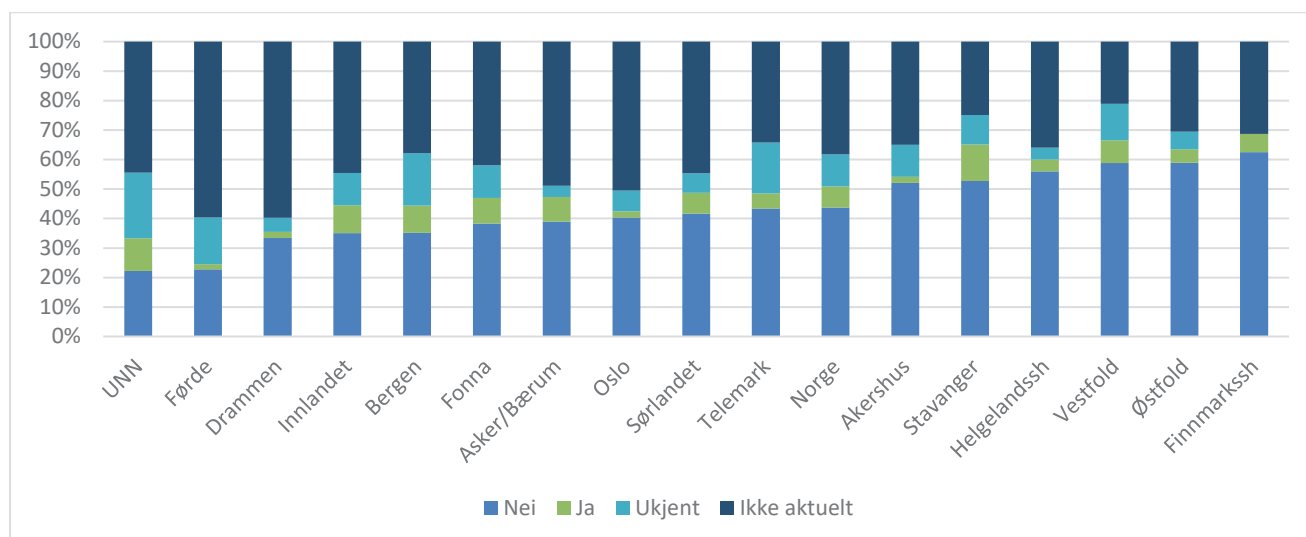
Figur 17. Andel pasienter som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (ukjent = 0,4%). N=5385



Bivirkninger av LAR-medikament

Opplevde bivirkninger av LAR-medikamentet er av relevans for fornøydhet og retensjon i behandling. Samlet sett rapporterte 7% om opplevde bivirkninger, 44% at de ikke hadde bivirkninger, mens 38% oppga at det ikke var aktuelt. Se Figur 18. Ukjentandelen var på 11%. Undersøkelsen antyder med dette at rundt én av ti pasienter opplever en viss grad av bivirkninger.

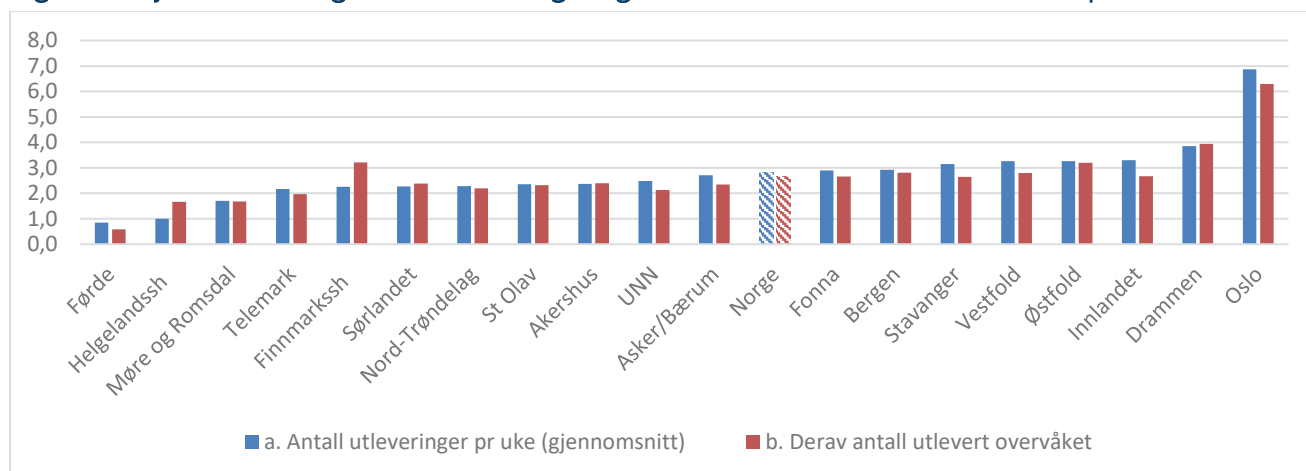
Figur 18. Andel pasienter med opplevde bivirkninger av LAR-medikament siste år. (ukjent 11%).
N=4688



Utelveringsordninger

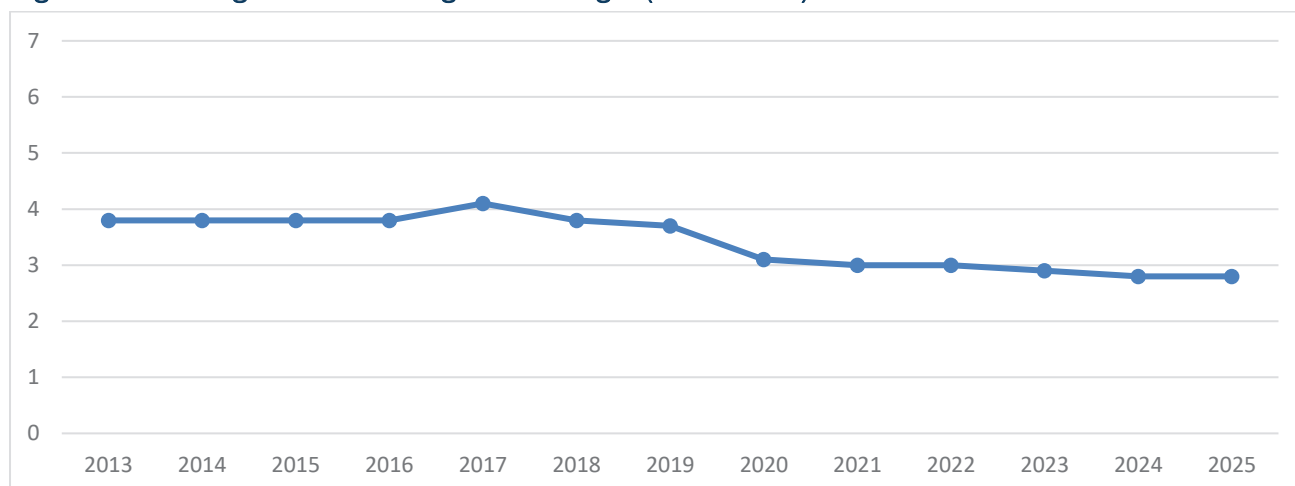
De fleste pasienter i LAR møter flere ganger ukentlig for medikamentutlevering, ofte i form av observert inntak. Frekvensen varierer typisk fra daglig, til 1-2 ganger ukentlig. Figur 19 viser gjennomsnittlig antall utleveringer og observerte inntak pr.uke. I 2025 var gjennomsnittlig antall medikamentutleveringer 3, og gjennomsnittlig antall observerte inntak var 3, med noe variasjon innen de enkelte helseforetakene. Oslo skiller seg ut med hyppigere utleveringer enn resten av landet.

Figur 19. Gjennomsnittlig antall utleveringer og observerte inntak av medikament per uke. N=5385



Antall ukentlige utleveringer har vært jevnt synkende tendens det siste 10-året, antagelig knyttet til økt andel stabile pasienter i langtids-behandling, samt økt bruk av medikamenter med depotformuleringer. Se Figur 20.

Figur 20. Utvikling i antall ukentlige utleveringer (2013-2025).

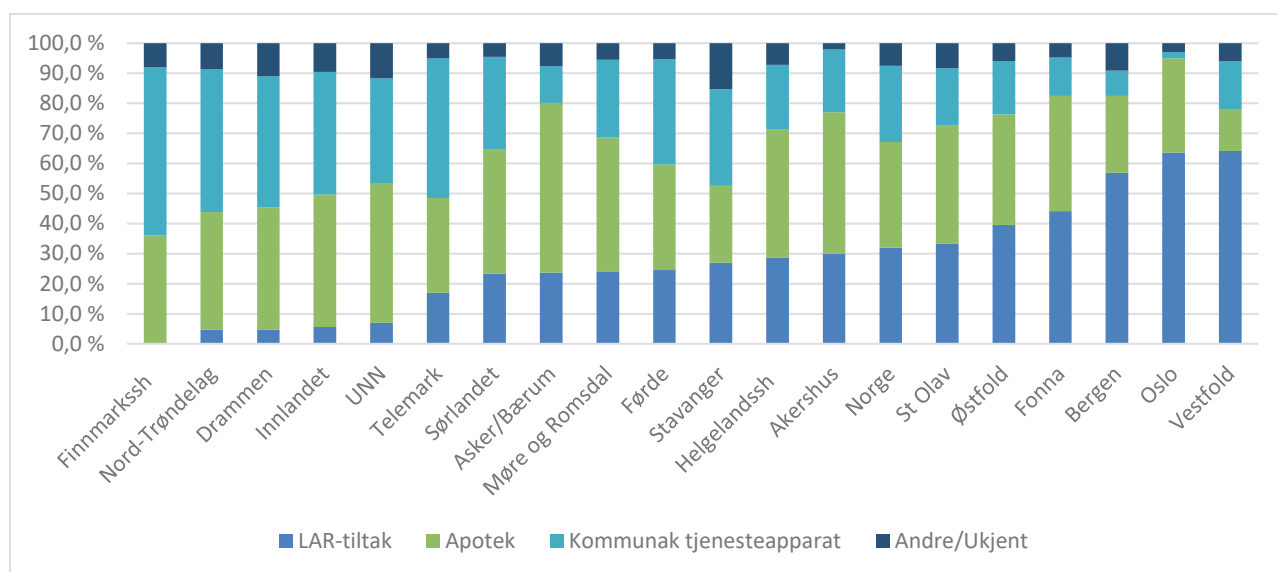


Utleveringssted

Andelen ulike utleveringssteder kommer frem av figur 21. Nasjonalt i 2025 var det 35 % som fikk utlevert medikamentene på apotek og 25 % hos det kommunale tjenesteapparatet, 33 % fikk dem utlevert i spesialisthelsetjenesten ved sitt LAR-tiltak. Som tidligere var det store forskjeller mellom LAR-enhetene når det gjelder utleveringssteder, og henger gjerne sammen med at den overordnede organiseringen av LAR-oppfølgningen varierer nasjonalt. Enkelte benytter primært apotek, slik som Asker og Bærum med 57%, mens andre kun gjør dette i begrenset grad som Vestfold med 14 %. Oslo og Bergen har poliklinikker hvor det meste av utleveringen og den medikamentelle oppfølgingen finner sted (64% og 57%). Enkelte steder foregår utlevering gjennom kommunale tjenester, som for eksempel i hjemmesykepleien. Dette gjelder blant annet Finnmarkssykehuset med 56 % og Telemark med 46 %.

De siste årene har det vært en reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted, fra 49 % i 2017. Dette kan delvis forklares med innføringen av et større spekter av LAR-medikamenter, og da særlig buprenorfin depotinjeksjon, som primært settes i spesialisthelsetjenesten. På sikt kan økt bruk av slike medikamenter føre til ytterligere reduksjon av apotek som utleveringssteder.

Figur 21. Prosentandel for utleveringssted, sortert etter økende andel med apotek (ukjent = 0,3%).
N=5385

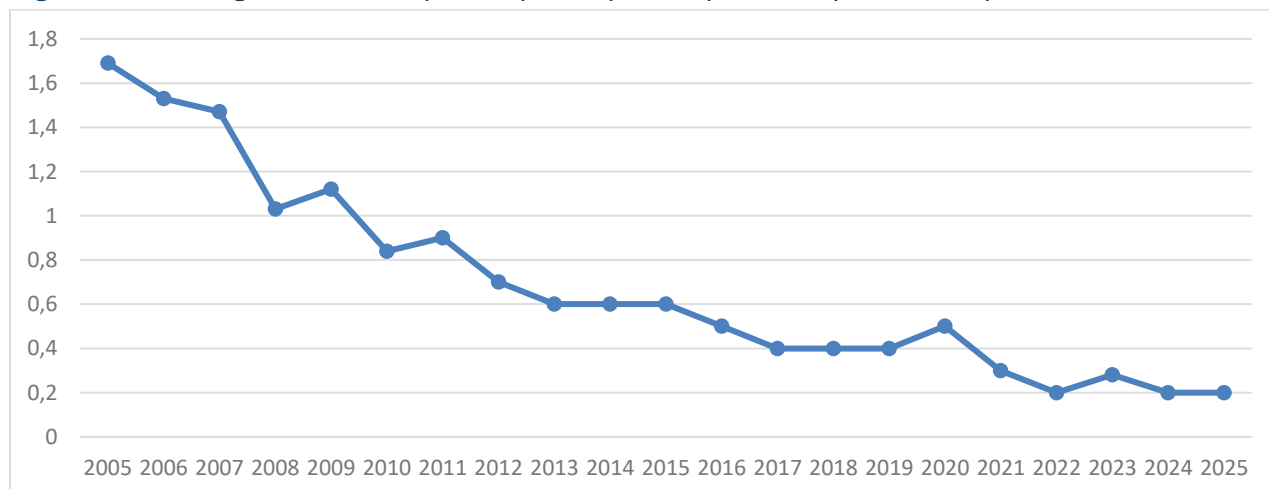


Rusprøver

Når det gjelder prøveordninger generelt, avla 20% av pasientene regelmessige prøver, mens 27 % tok stikkprøver. Over halvparten (52%) hadde ingen prøveordning. De regionale forskjellene er små og strekker seg fra 47 % i Helse Midt-Norge til 53 % i Helse Sør-Øst. Andelen uten prøveordning har dermed økt markant de siste årene, fra 23% i 2020 og sammenfaller med de reviderte nasjonale retningslinjene fra 2022.

På landsbasis avla personer i LAR i gjennomsnitt 0,2 urinprøver per uke i 2025, noe som har vært stabilt synkende gjennom de siste årene. Figur 22 viser en betydelig reduksjon over tid, og viser at urinprøver i dag kun i begrenset grad benyttes systematisk som et sikkerhetstiltak.

Figur 22. Utvikling i bruk av urinprøver (antall per uke) over tid (2005-2025).

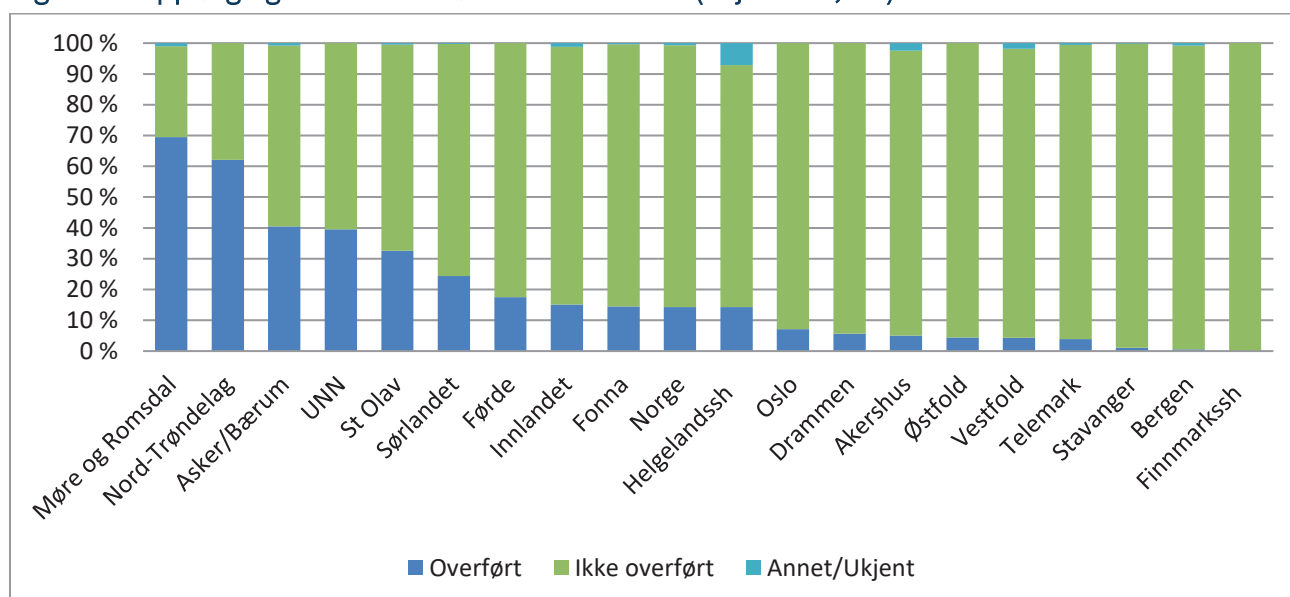


PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

Forankring av behandlingen

LAR er strukturert som et tre-partssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og sosialtjenestene, og fastlegen. Figur 23 viser at spesialisthelsetjenesten utgjorde hovedbasen for oppfølgingen for 85 % av pasientene i 2025. Likevel fordeler dette seg ulikt over tjenestene avhengig av geografi. I Bergen og Stavanger er tilnærmet hele pasientforløpet forankret i spesialisthelsetjenesten (98%) i kontrast til hvor dette i langt større grad er delegert til kommunene som i Møre og Romsdal (69 %), Nord-Trøndelag (62 %), Asker og Bærum, samt UNN (40 %). Dette har vært varige funn og illustrerer at behandlingen kan tilpasses lokale behov og strukturer innenfor det felles nasjonale regelverket og de faglige retningslinjene.

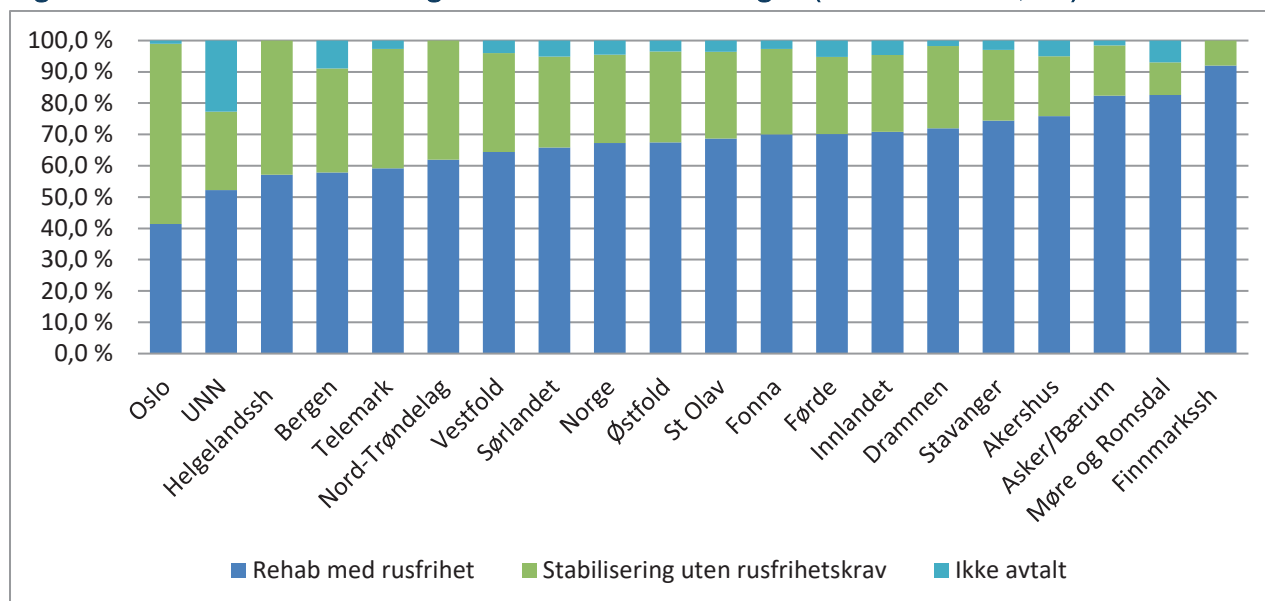
Figur 23. Oppfølgingsansvar overført til kommunen (ukjent = 0,7%). N=5385



Behandlingsmål

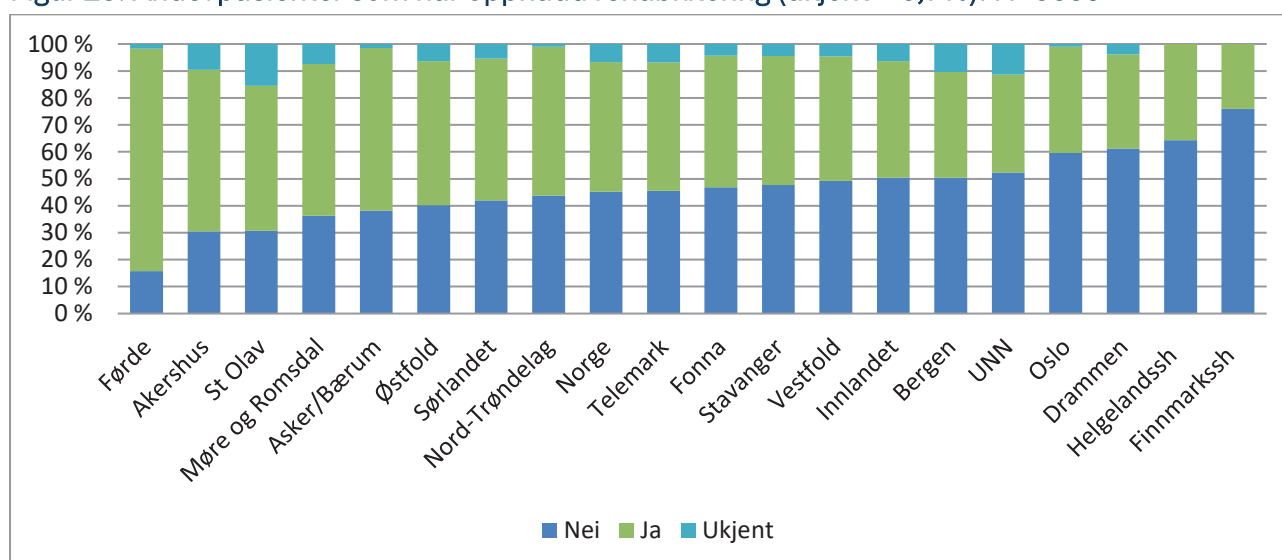
I statusundersøkelsen registreres det overordnede behandlingsmålet for den enkelte pasient. Som vist i Figur 24 viser at for 2025 var rehabilitering med mål om rusmiddelfrihet oppgitt som behandlingsmål for 67 % av pasientene, og stabilisering uten krav om rusfrihet for 28 %. Det var imidlertid betydelig variasjon mellom enhetene. I Asker og Bærum og Møre og Romsdal hadde om lag 80 % av pasientene rusmiddelfrihet som overordnet mål, i motsetning til Oslo hvor nærmere 60 % av pasientene hadde stabilisering som behandlingsmål. På landsbasis har fordelingen mellom behandlingsmålene vært relativt stabil gjennom en årrekke.

Figur 24. Overordnet behandlingsmål for LAR-behandlingen (ikke avklart = 4,5%). N=5385



Det ble rapportert om at 48 % av pasientene som inngikk i statusundersøkelsen i 2025 hadde oppnådd rehabilitering (Figur 25), mens 45 % var underveis i rehabiliteringsprosessen sin. Denne fordelingen er omtrent lik de foregående år.

Figur 25. Andel pasienter som har oppnådd rehabilitering (ukjent = 6,7%). N=5385

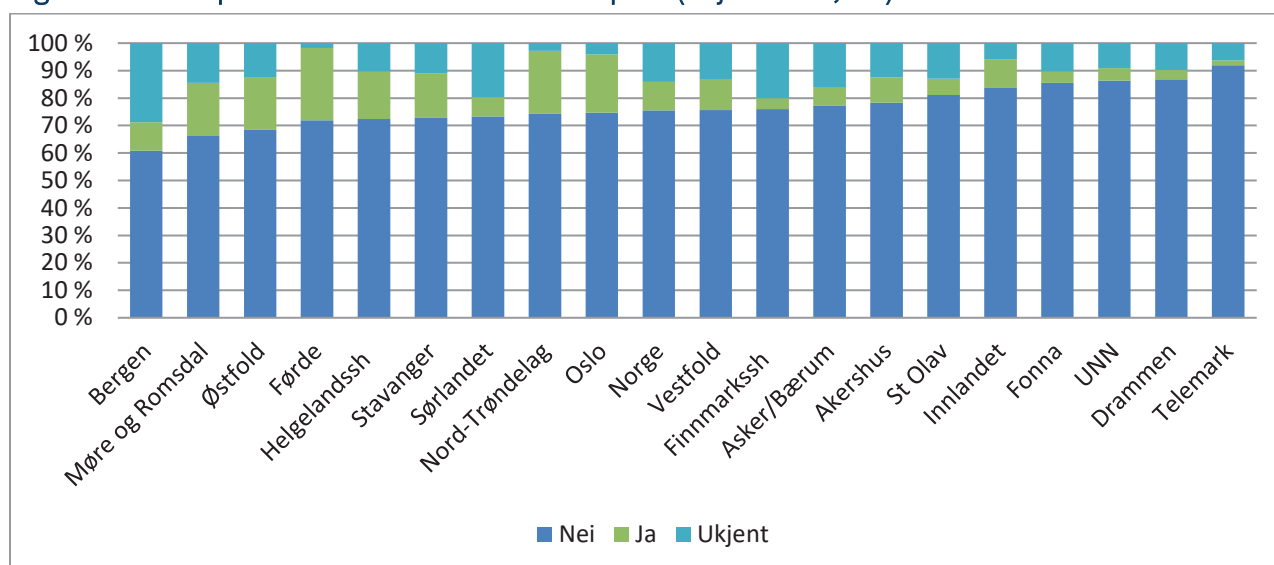


Individuell plan og ansvarsgruppemøter

Samarbeid med andre deler av tjenesteapparatet er av stor betydning for pasienter i LAR som ofte har behov for omfattende og koordinerte tjenester. Spesialisthelsetjenesten i LAR har et særskilt ansvar for opprettelse av individuell plan (IP) som skal utvikles i samarbeid med fastlege, kommunale tjenester og andre relevante instanser. I 2025 var det 10 % som hadde individuell plan (Figur 26), som er omtrent

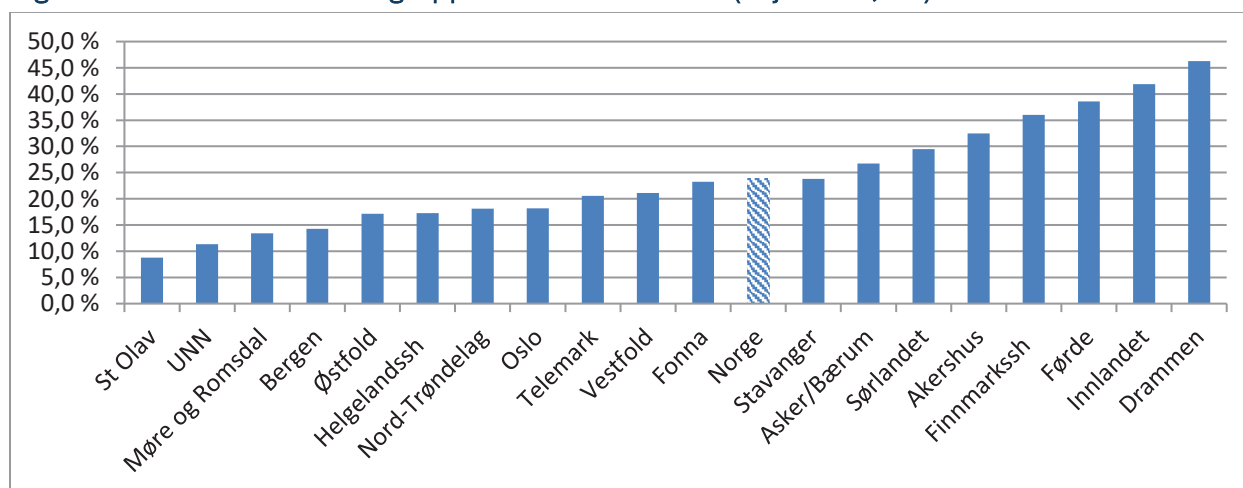
samme nivå som året før. Som tidligere år er det også en del variasjon på tvers av LAR-enhetene. Det er en viss ukjentandel (14%) på nasjonalt nivå, men i langt overveiende grad er utbredelsen av IP lav.

Figur 26. Andel pasienter som har individuell plan (ukjent = 14,1%). N=5385



Videre er ansvarsgrupper en viktig del av det helhetlige rehabiliteringsforløpet i LAR, og består av alle relevante instanser som samarbeider med og om pasienten. Figur 27 viser at det nasjonalt er omtrent 24 % som har hatt ansvarsgruppemøte de siste tre månedene, men at dette varierer betydelig fra opp mot 50 % i Drammen og Innlandet, til 11 % ved UNN og 9 % ved St. Olavs hospital.

Figur 27. Andel med ansvarsgruppemøte siste måned (ukjent = 2,3%). N=5385



Både bruken av IP og av ansvarsgruppemøter vært nedadgående over tid (Tabell 3). Årsak til nedgangen er trolig sammensatt, og kan for eksempel handle om behandlingens varighet, eller at man heller benytter andre verktøy.

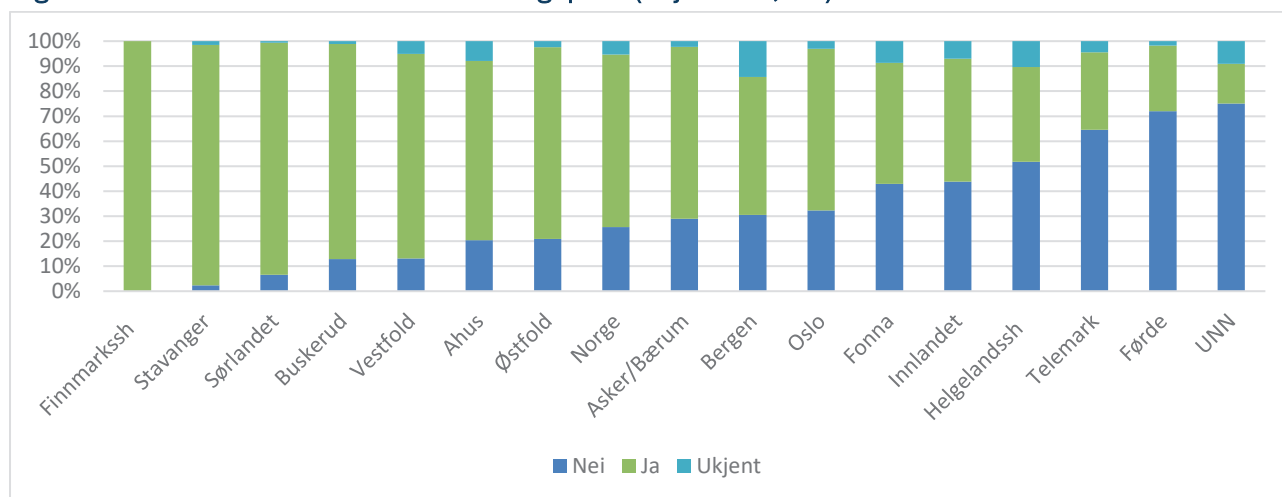
Tabell 3. Andel pasienter som har individuell plan og ansvarsgruppemøter (2014-2024).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ansvarsgruppe møter (%)	56,7	54,1	51,4	45,6	43,0	42,0	32,0	29,6	32,2	27,6	27,4	23,8
Individuell plan (%)	29,2	29,6	26,4	24,1	21,5	18,5	15,4	13,0	10,9	11,0	9,8	10,4

Behandlingsplan

Ifølge LAR-forskriften er etablering og jevnlig revisjon av individuell behandlingsplan påkrevd, også for pasienter som mottar utelukkende medikamentell LAR-behandling. Enheter som benyttet journalsystemet DIPS Arena eller Checkware besvarte derfor et tilleggsspørsmål om bruk av behandlingsplan det siste året. Som vist i Figur 28, hadde en stor andel av pasientene en slik plan, men med store forskjeller mellom enhetene. Landsgjennomsnittet for 2025 er på 69 %. Det kommer her fram at flere av LAR-enhetene som i mindre grad bruker individuell plan, i stedet følger opp pasientene gjennom virksomhetens behandlingsplaner.

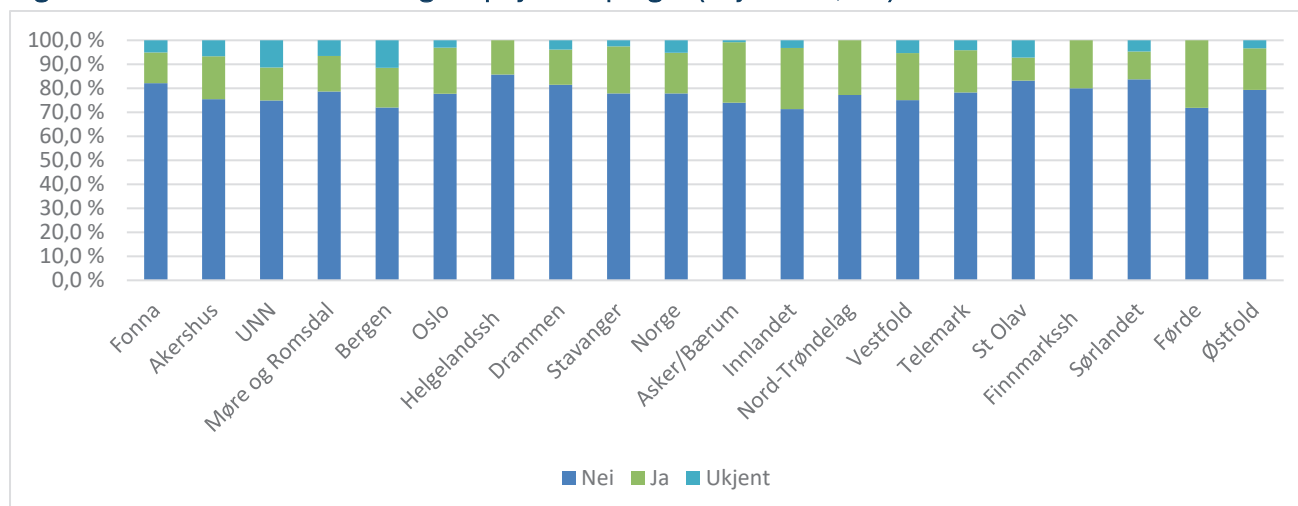
Figur 28. Andel som har aktiv behandlingsplan (ukjent = 5,4%). N=4688



Behandling av psykiske helseproblemer

Pasienter i LAR skal kunne få utredning og behandling for psykiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten ved behov for dette. På landsbasis var det 17 % som mottok slik behandling (Figur 29). Dette mot 15 % året før, 14 % i 2023 og 13 % i 2022 – noe som antyder en moderat økning. Det var jevnt over kun mindre forskjeller mellom LAR-enhetene.

Figur 29. Andel med behandling for psykiske plager (ukjent = 5,3%). N=5385

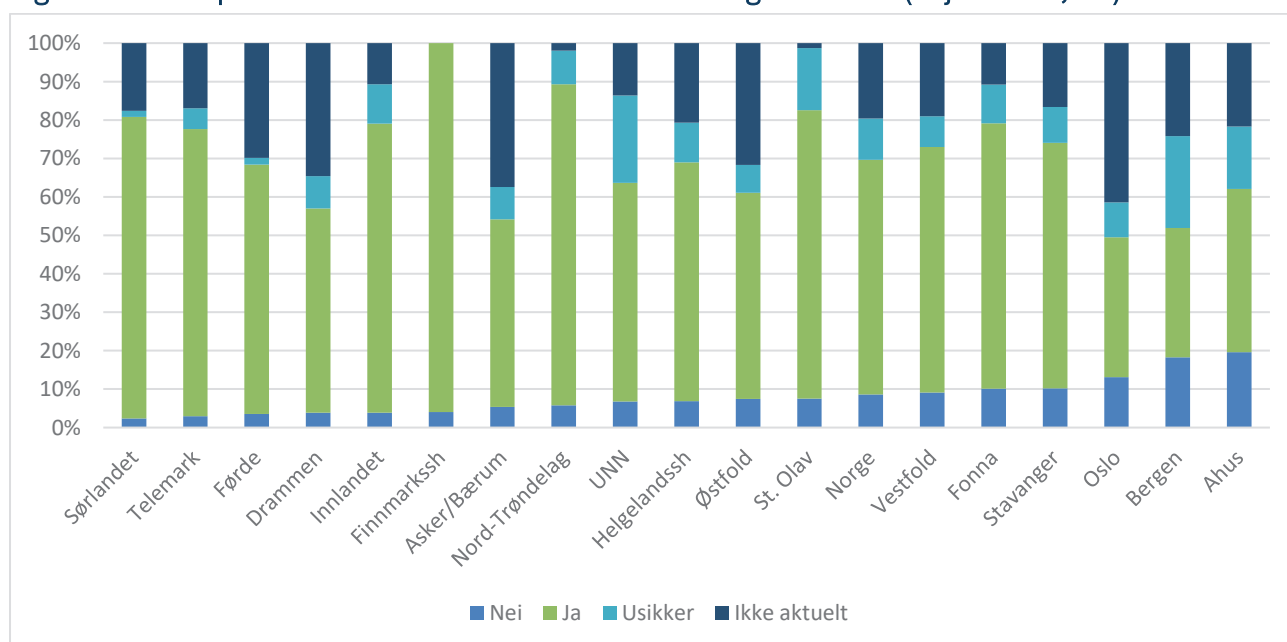


KLAGERETT

Informasjon om klagerett

Både pasienter i LAR, pårørende og representant for pasienter har klagerett på sin behandling. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett på nødvendig informasjon om tilbudet, og egne rettigheter i behandlingen (§3-2). Pasienten skal blant annet opplyses om klagerett. Helsepersonell skal sikre at informasjonen og implikasjonene av informasjonen er forstått av pasienten, og nedtegnet i journal (§3-5).

Figur 30. Andel pasienter som har blitt informert om klagerett i LAR (ukjent = 19,6%). N=4688



Opplysninger om klagerett for totalt 4101 pasienter (DIPS Arena/Checkware populasjonen) er oppsummert i figur 30. Vi ser fra figuren at det er nokså store forskjeller mellom de ulike regionene når det gjelder hvorvidt det har blitt gitt opplysninger om adgang til å klage på LAR-behandling. Bergen og Oslo har under 40 %, Sørlandet, Innlandet, Telemark, St.Olav, og Finnmark har god dekning over 75 %. Enkelte foretak som UNN (57 %) har økt sin andel betraktelig fra tidligere.

Det foreligger kun opplysninger om klagerett for LAR-enheter som har benyttet DIPS Arena/Checkware. Allikevel representerer de svarene som foreligger et nokså stort utvalg av pasientpopulasjonen. Andelen med ukjentstatus vurderes som relativt lav og synkende fra tidligere. Videre er det trolig ulike tolkninger av spørsmålet mellom ulike enheter, samt ulike tilnærminger til det å informere om adgang til å klage på behandlingen. Hvor stort fokus klagerett og eventuelt bistand til utforming av klage har i det enkelte enhet er ikke kjent. Temaet videreføres i den reviderte utgaven av Statusundersøkelsen, med vekt på fullstendig dekning av pasientpopulasjonene og at alle pasientene selv bidrar i utfyllingen.

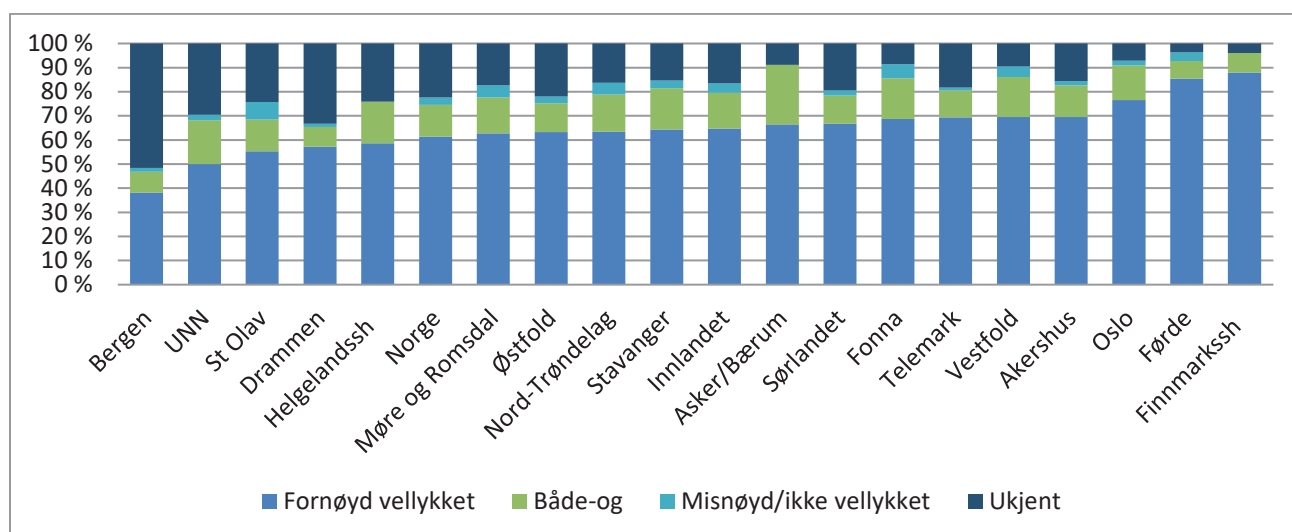
BEHANDLINGSTILFREDSHET

Pasientenes tilfredshet med behandlingen

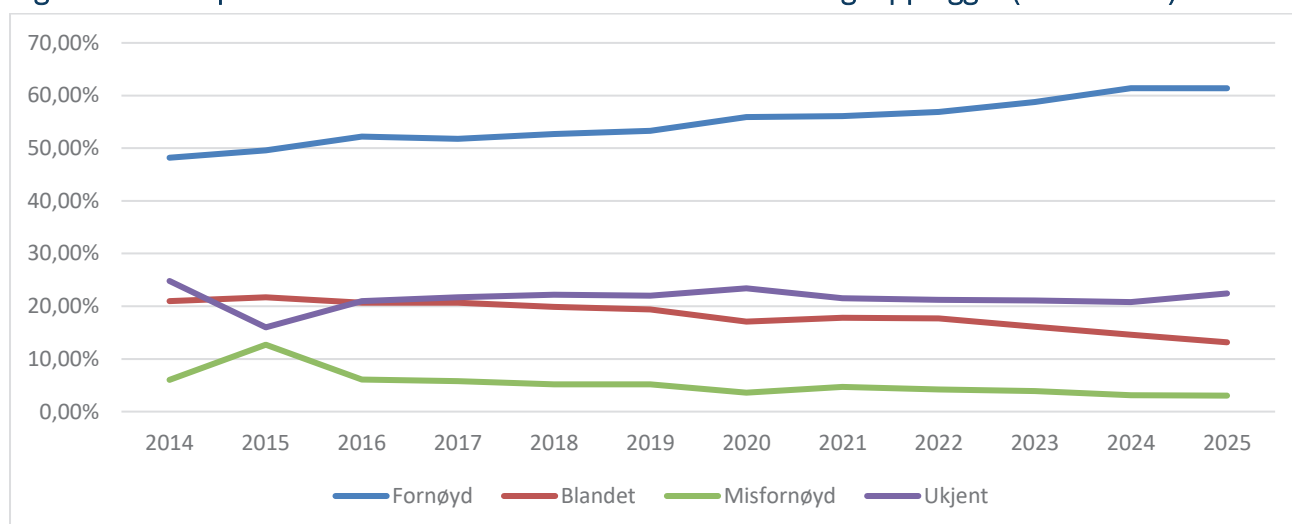
Pasientenes tilfredshet med behandlingen er et mål på hvorvidt den enkelte opplever behandlingen som nyttig. Dette spørsmålet bygger naturlig nok på pasientens egen vurdering, og avhenger derfor av at pasienten har medvirket til å gi informasjon om dette i forbindelse med utfyllingen av statusskjemaet.. Pasientenes vurdering bygger på ett enkelt spørsmål, og pasienter kan således vektlegge ulike aspekter ved behandlingen i sin vurdering.

I 2025 oppga 61 % at de var tilfredse med behandlingen i LAR (Figur 31), noe som er det samme som i 2024, men en økning fra 59 % i 2023 og 57 % i 2022. Andelen med blandet tilfredshet var 15 %, mot 16 % i 2023. Andelen som ikke var tilfreds lå på 3 %. Svarene viser noe variasjon i tilfredshet mellom LAR-enhetene med et spenn fra 38 % til 8 %, men dette ser ut til å i stor grad samvarierte med andelen ukjente svar. Figur 32 viser en jevn og gradvis økning i andelen som er tilfredse med LAR i perioden 2014–2025 nasjonalt, fra like under 50 % til litt over 60 %.

Figur 31. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 22,4%).
N=5385



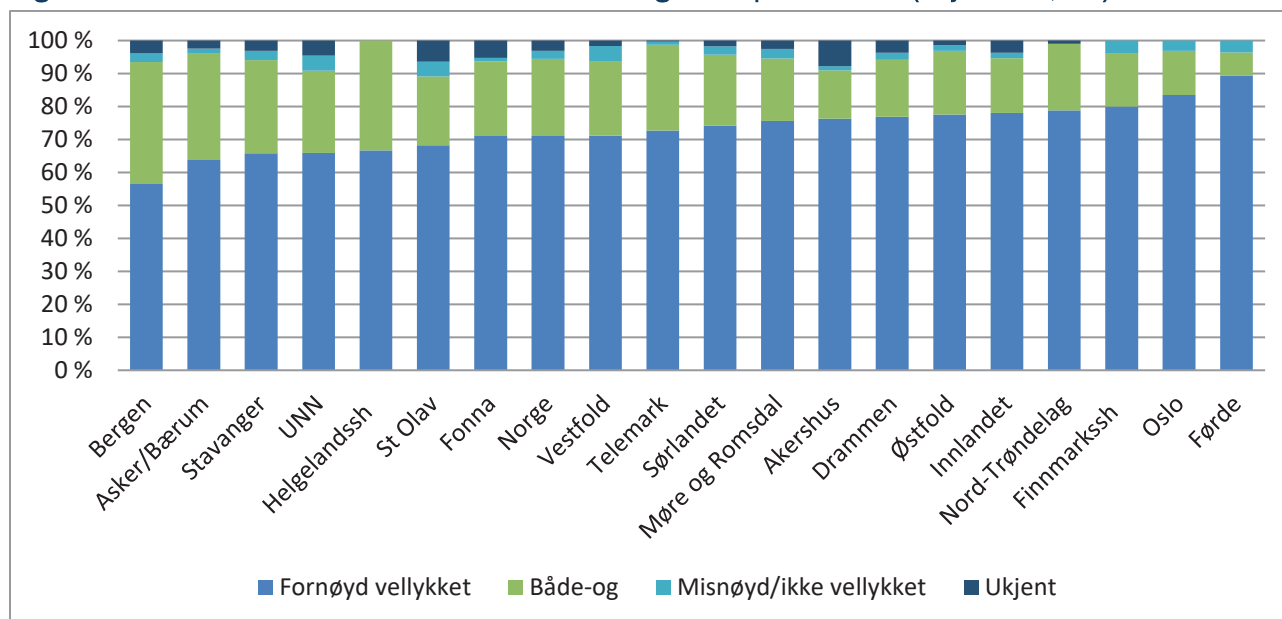
Figur 32. Andel pasienter som vurderes tilfreds med behandlingsopplegget (2014-2025).



Behandlers tilfredshet med behandlingen

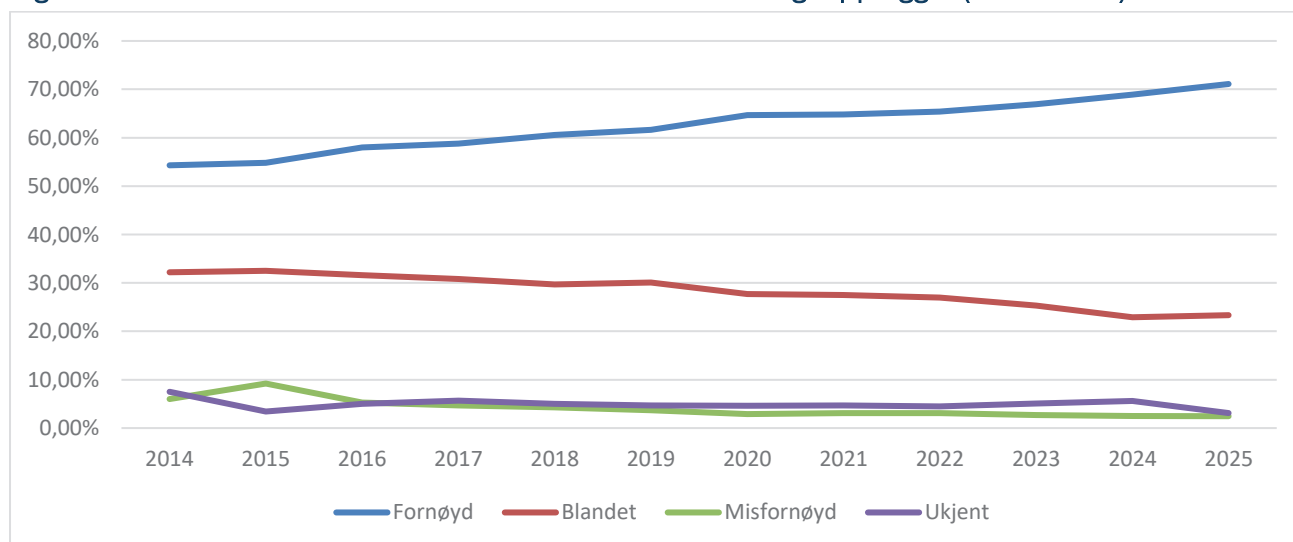
Behandlere i LAR har også gjort vurdering av pasientenes behandling og utvikling (Figur 33). I gjennomsnitt var de tilfreds med behandlingen for 71% av pasientene (mot 69 % i 2024), og delvis tilfreds for 23 % av pasientene (mot 24 % i 2024). Variasjoner mellom LAR-enhetene spenner fra 57 % i Bergen til over 80 % i Oslo og Førde. Ukjentandelen er lav, og ulik bruk av kategoriene «tilfreds» og «delvis tilfreds» kan forklare mye av variasjonen.

Figur 33. Behandleres tilfredshet med behandlingen for pasientene (ukjent = 3,1%). N=5385



Figur 34 viser en omtrent tilsvarende utvikling på gruppenivå når det gjelder tilfredshet hos behandlere som hos pasienter, med en jevn og gradvis økning fra omtrent 55 % til rett under 70 % fornøydhet i perioden 2014-2025.

Figur 34. Andel behandlere som var tilfreds med behandlingsopplegget (2014-2025).

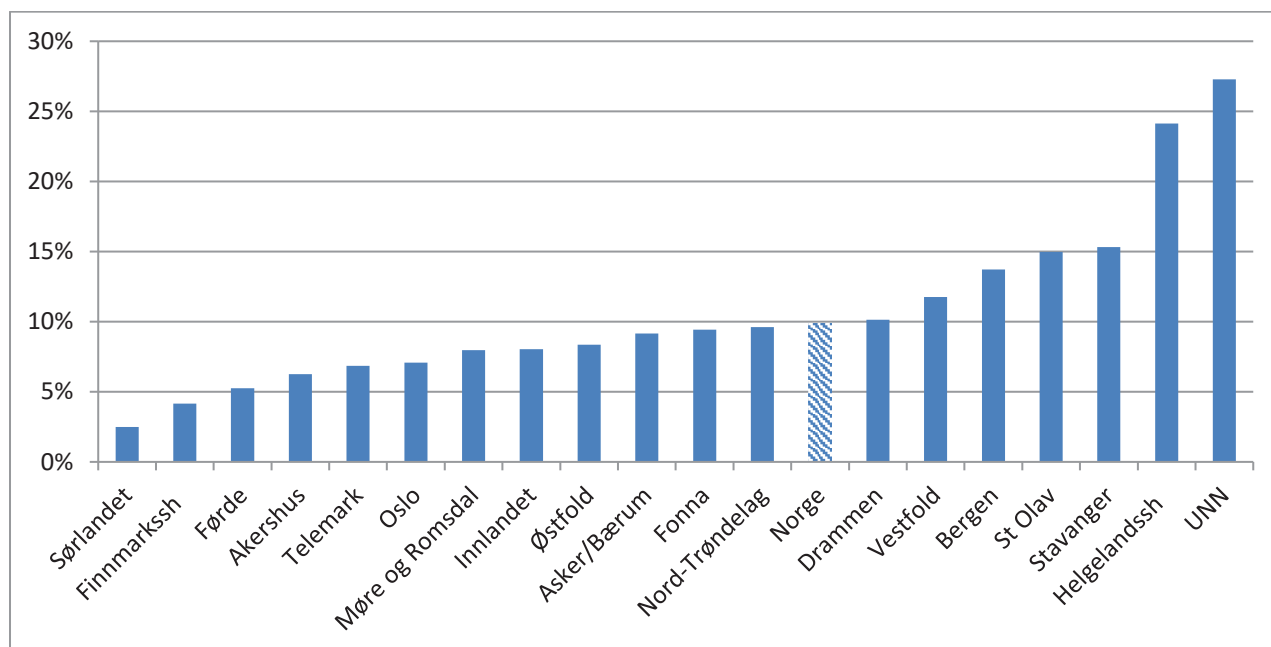


Endringsbehov

Figur 35 viser en oversikt over behandleres vurderinger av hvorvidt det er behov for å revurdere eller tilpasse deler av behandlingsopplegget til den enkelte pasient. Behandlere rapporterte om et

endringsbehov i behandlingen for 10 % av pasientene, noe som er på nivå med året før og synkende sammenlignet med 14 % i 2023. Ukjentandelen er moderat, men det er verdt å merke seg at det er store forskjeller i antallet pasienter ved ulike LAR-enheter. Svarene for de mindre enhetene må derfor tolkes med varsomhet.

Figur 35. Andel behandlere som vurderer at det er behov for behandlingsendringer (ukjent = 6,5%). N=5385



PSYKISK HELSE OG BEHANDLING

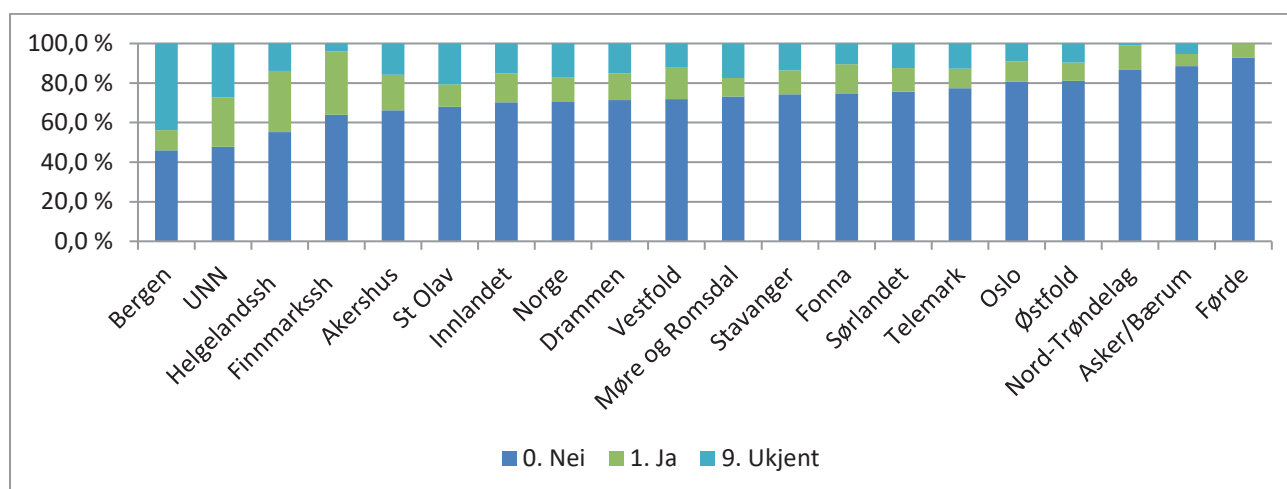
Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål som omhandler psykisk helsetilstand og hvorvidt pasienten har opplevd alvorlige depressive symptomer, angstsymptomer, og vrangforestillinger de siste 4 ukene.

Symptomer på angst og depresjon

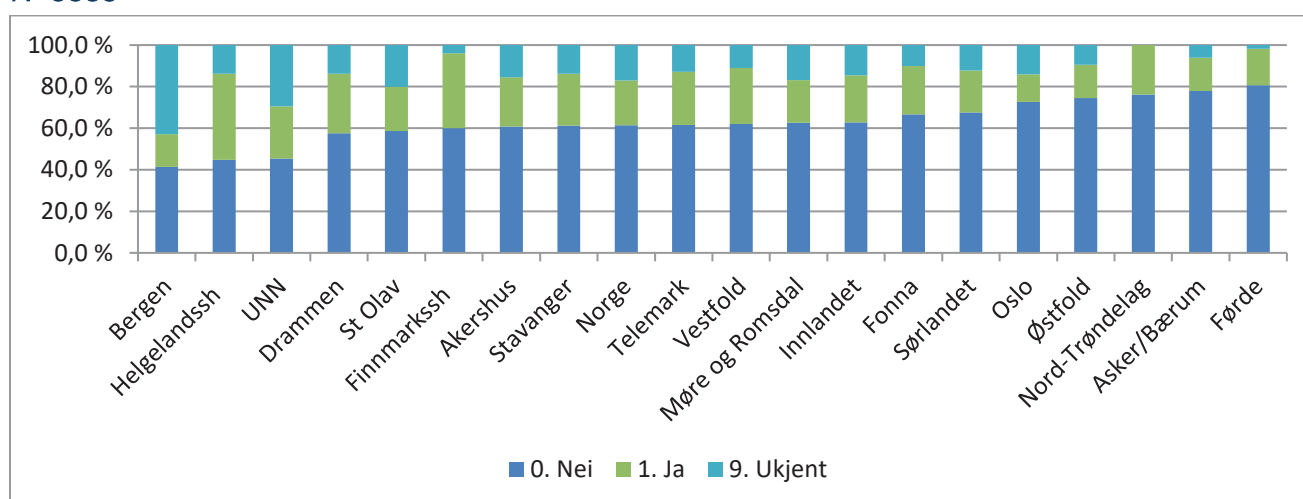
Samlet rapporterte 12 % av pasientene depressive symptomer i løpet av de siste fire ukene, noe som er på nivå med det foregående året. For 17 % av pasientene forelå det imidlertid ingen opplysninger. Andelen ukjente svar varierer betydelig mellom enhetene, noe som vanskeliggjør direkte sammenligninger og påvirker tolkningen av de samlede resultatene (Figur 36).

Samlet oppga 22 % av pasientene symptomer på angst i form av vedvarende nervøsitet, uttalte bekymringer eller hyppige panikkanfall i løpet av de siste fire ukene (Figur 37). Også her var andelen med ukjent status relativt høy på 17 %.

Figur 36. Andel pasienter med selvrapporterte depressive symptomer siste 4 uker (ukjent = 17,3%).
N=5385



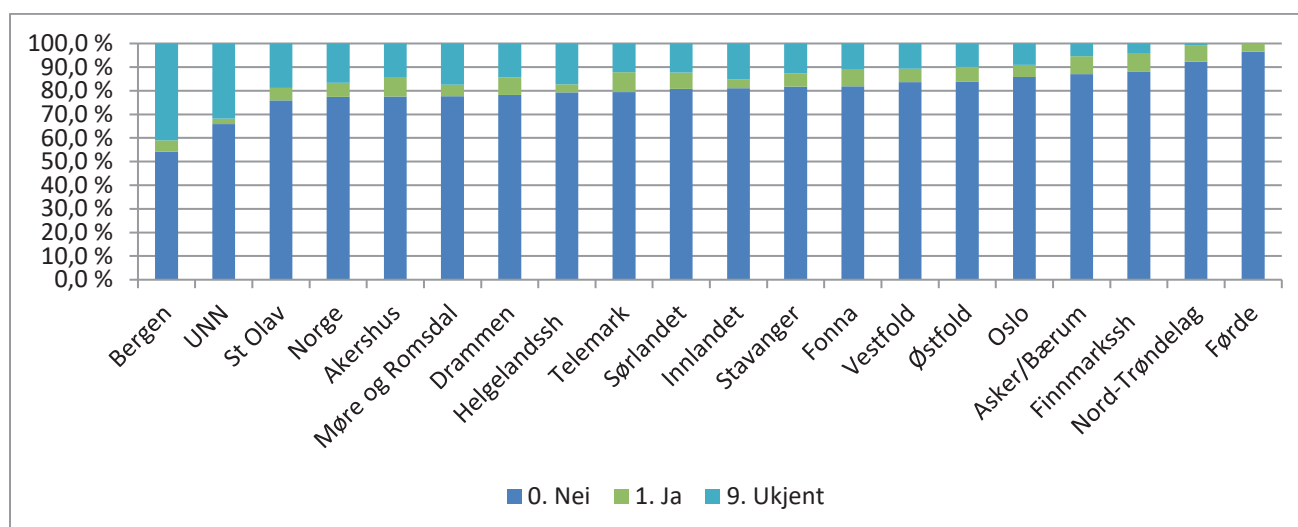
Figur 37. Andel pasienter med selvrapporterte angstsymptomer siste fire uker (ukjent = 17%).
N=5385



Vrangforestillinger

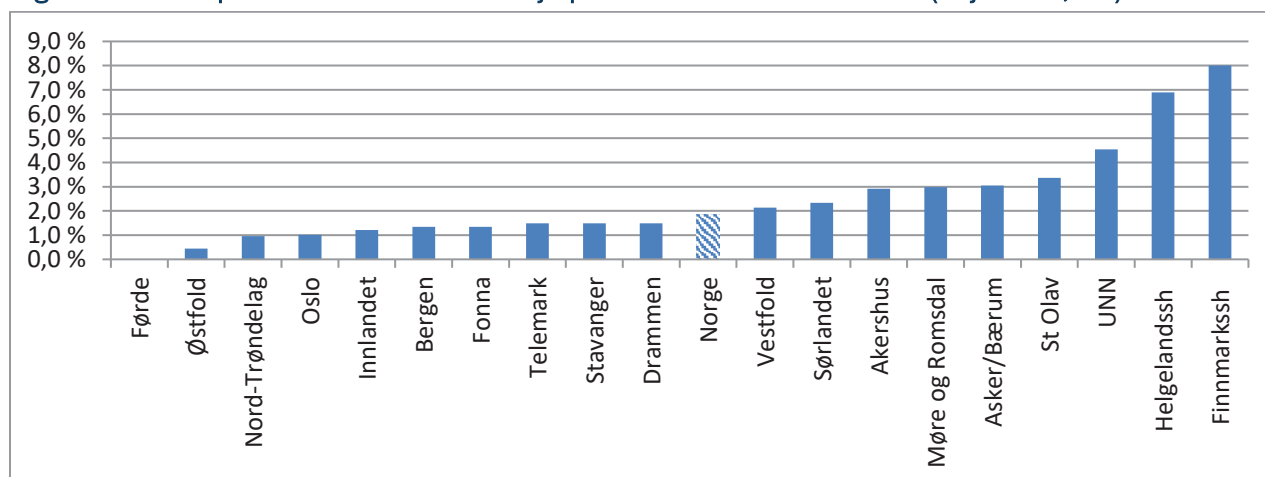
Totalt rapporterte 6 % av pasientene om vrangforestillinger de siste fire ukene, definert som uvanlige sanseinntrykk eller oppfatninger som ikke samsvarer med virkeligheten (Figur 38). Dette er det samme som i 2024. Andelen med ukjent status på dette spørsmålet ligger på 17 %.

Figur 38. Andel pasienter med selvrapporterte vrangforestillinger siste fire uker (ukjent = 16,6%). N=5385



Selvmondsforsøk

Figur 39. Andel pasienter som har svart ja på selvmondsforsøk i 2025 (ukjent 15,0%). N=5385



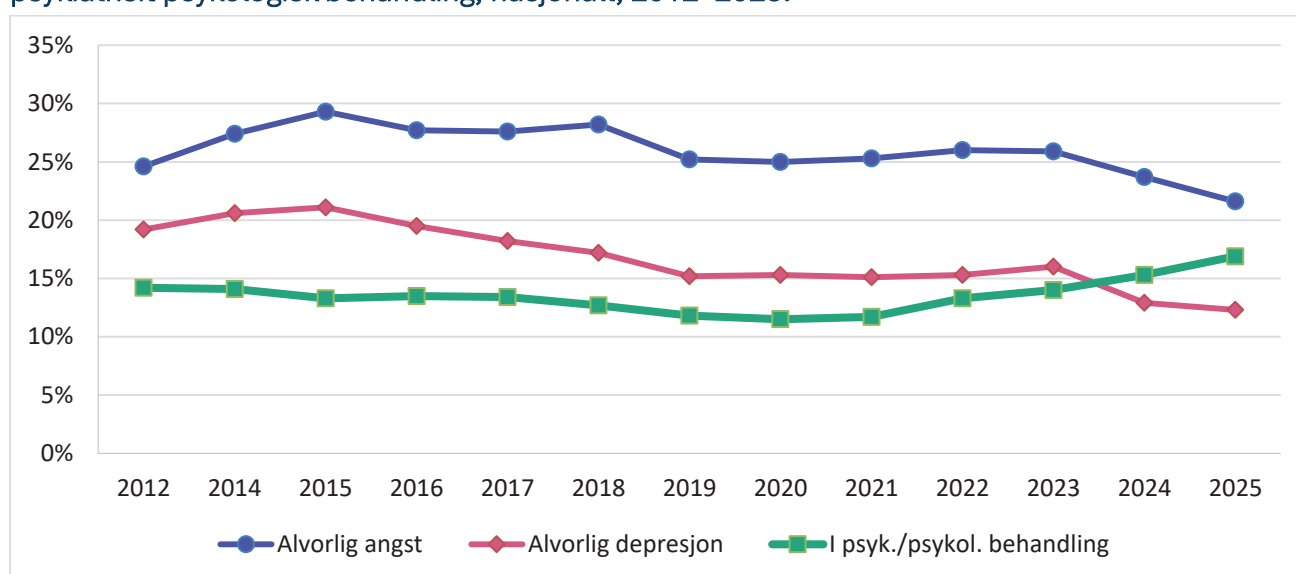
Selvmondsforsøk det siste året ble rapportert blant 2 % av pasientene (Figur 39). Dersom dette tallet ekstrapoleres til hele pasientpopulasjonen utgjør det 154 personer, noe som representerer en betydelig forekomst. Det er imidlertid stor spredning i tallene og regional variasjon, noe som gjør tolkningen kompleks. Selvmord er et sensitivt tema, og det er sannsynlig at klinikere tilnærmer seg spørsmålet ulikt i forbindelse med statusundersøkelsen. Den rapporterte forekomsten må derfor antas å være et minimumsestimat. I en senere del av rapporten fremgår det likevel et noe lavere antall rapporterte selvmord (8 tilfeller) som dødsårsak for 2025 sammenlignet med året før.

Psykiatrisk oppfølging over tid

I lange perioder har om lag en 1/4 av pasientene rapportert om alvorlig angst, og om lag 1/6 om alvorlig depresjon. Andelen som er registrert i psykiatrisk eller psykologisk behandling har gjerne ligget på rundt 12–14 %. Dette innebærer at en større andel pasienter har rapportert om symptomer enn det som er registrert i behandling.

Oversikten for perioden 2015–2025 beskriver likevel en positiv utvikling over tid. Figur 40 viser forholdet mellom rapporterte symptomer og behandling, hvor andelen som rapporterer alvorlig depresjon er redusert fra 21 % til 12 %, og andelen med alvorlig angst redusert fra 29 % til 21 %. Samtidig har andelen pasienter i psykiatrisk eller psykologisk behandling økt noe de senere årene, fra rundt 12 % i 2020 til 17 % i 2025.

Figur 40. Forekomst av angst og depresjon sammenstilt med andel som er i psykiatrisk/psykologisk behandling, nasjonalt, 2012–2025.



FYSISK HELSE OG BEHANDLING

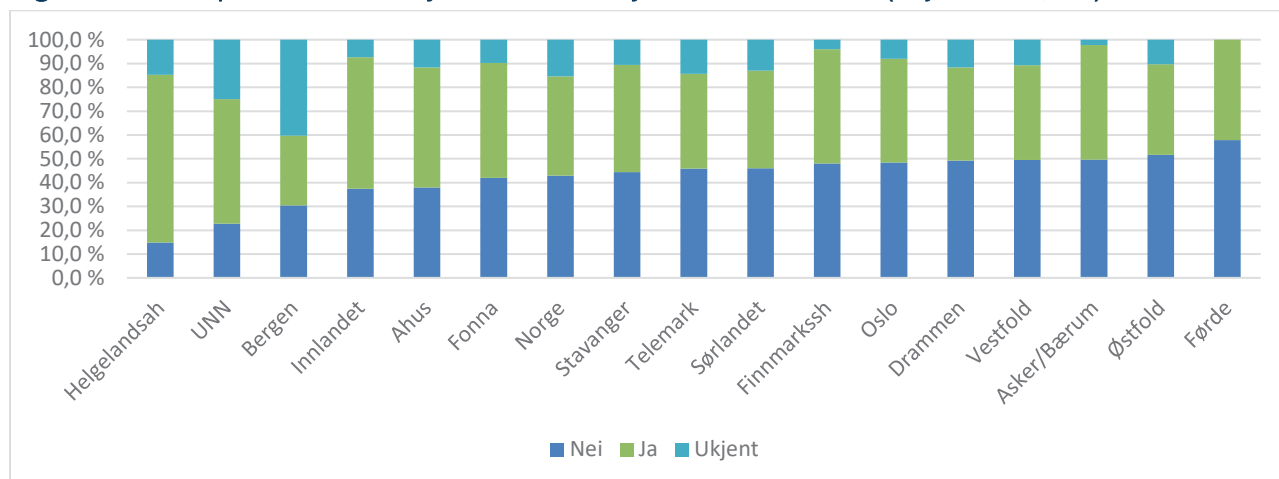
Statusundersøkelsen kartlegger pasientenes fysiske helsetilstand både med tanke på de siste fire ukene og det foregående året. Registreringen av den kortsiktige helsetilstanden tar utgangspunkt i om pasientene har opplevd fysiske skader eller sykdommer som har virket hemmende på livsførselen eller redusert livskvaliteten. I tillegg gir rapporten en oversikt over blodsmittestatus for hiv og hepatitt C, som er basert på datagrunnlag fra alle de deltagende enhetene.

For den største gruppen av LAR-enheter, som benytter journalsystemene DIPS Arena eller Checkware, omfattet undersøkelsen også nye indikatorer som omhandlet gjennomførte legeundersøkelser, spesifikke fysiske helseplager, forekomst av kroniske smerter og eventuell mottatt behandling for disse plagene det siste året.

Fysiske skader og sykdommer

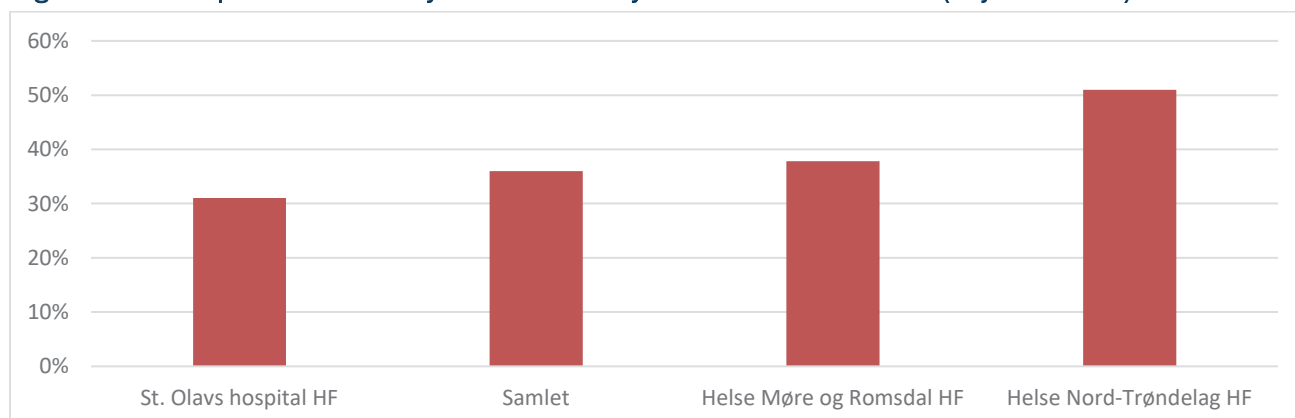
41 % oppga at de hadde hatt fysiske skader eller sykdommer som har påvirket livsførsel eller livskvalitet det siste året. 45 % svarte at de ikke hadde hatt slike plager (Figur 41). Variasjonen mellom enhetene er stor på dette området, fra 29 % i Bergen til 70% ved Helgelandssykehuset, noe som trolig henger sammen med forskjeller i andel ukjente svar.

Figur 41. Andel pasienter med fysiske skader/sykdommer siste år (ukjent = 15,4%). N=4688



Blant LAR-enhetene i Midt-Norge (som benytter det gamle spørsmålet om fysiske skader eller sykdommer siste fire uker) er det samlet rapportert inn 36 % som har svart ja på dette spørsmålet.

Figur 42. Andel pasienter med fysiske skader/sykdommer siste 4 uker (ukjent = 16%). N=697



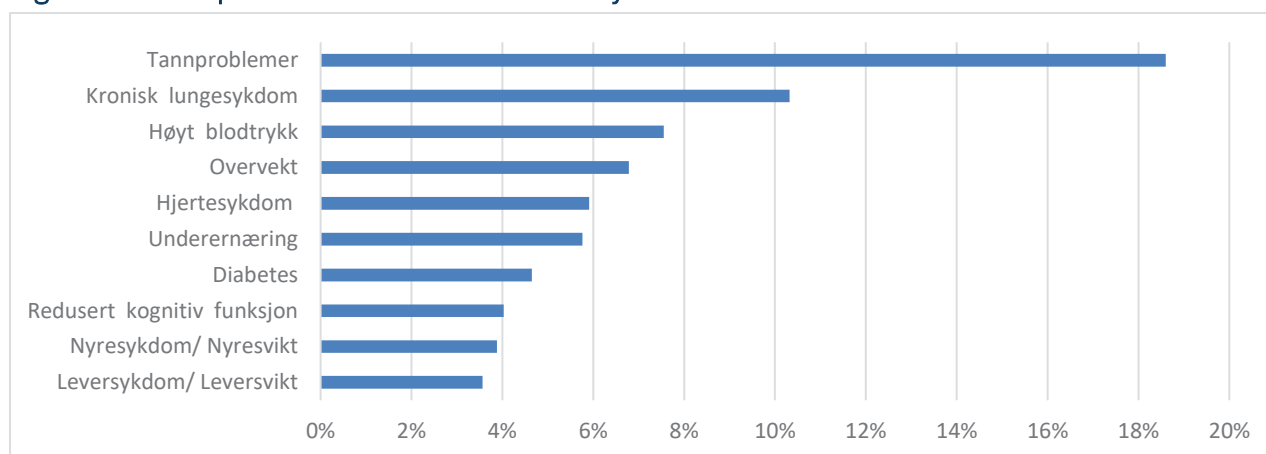
Kroppslige skader og sykdommer i LAR over tid 2012–2025

Den eneste nasjonalt sammenlignbare serien er «siste fire uker» til og med fra 2012-2023. Innenfor denne ser man en reell og jevn stigning, fra 31,3 % i 2012 til om lag 37 % i 2023 — forenlig med at LAR-populasjon er aldrende og med en derav økende somatisk sykdomsbyrde.

Forekomst av ulike sykdommer

Figur 43 viser en oversikt over forekomst av ulike sykdommer det foregående året. Tannproblemer dominerer (19 %), fulgt av kronisk lungesykdom (10 %). Forekomsten ser ut til å være noe lavere enn året før (hhv. 24 % og 17 %). For de øvrige sykdommene var andelen under 10 %.

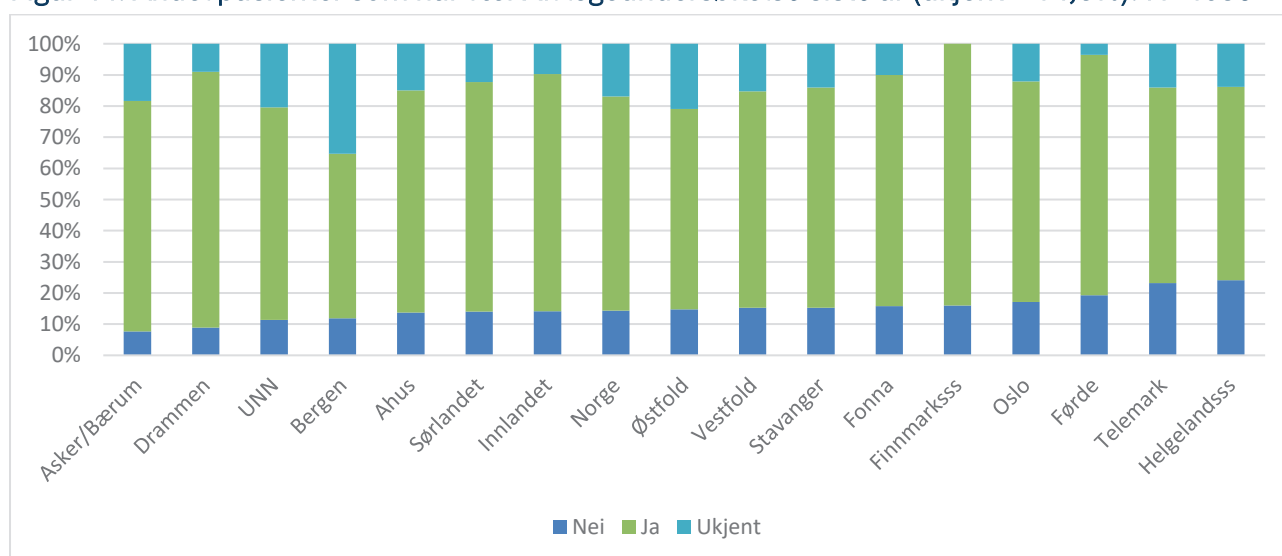
Figur 43. Andel pasienter som har hatt ulike sykdommer siste år. N=4688



Legeundersøkelse

Som vist i figur 44 svarte 69 % at de hadde vært til legeundersøkelse siste år. Videre hadde 14 % ikke vært til legeundersøkelse, og 17 % hadde ukjent status. Variasjonen over enheter er lav.

Figur 44. Andel pasienter som har vært til legeundersøkelse siste år (ukjent = 14,3%). N=4688

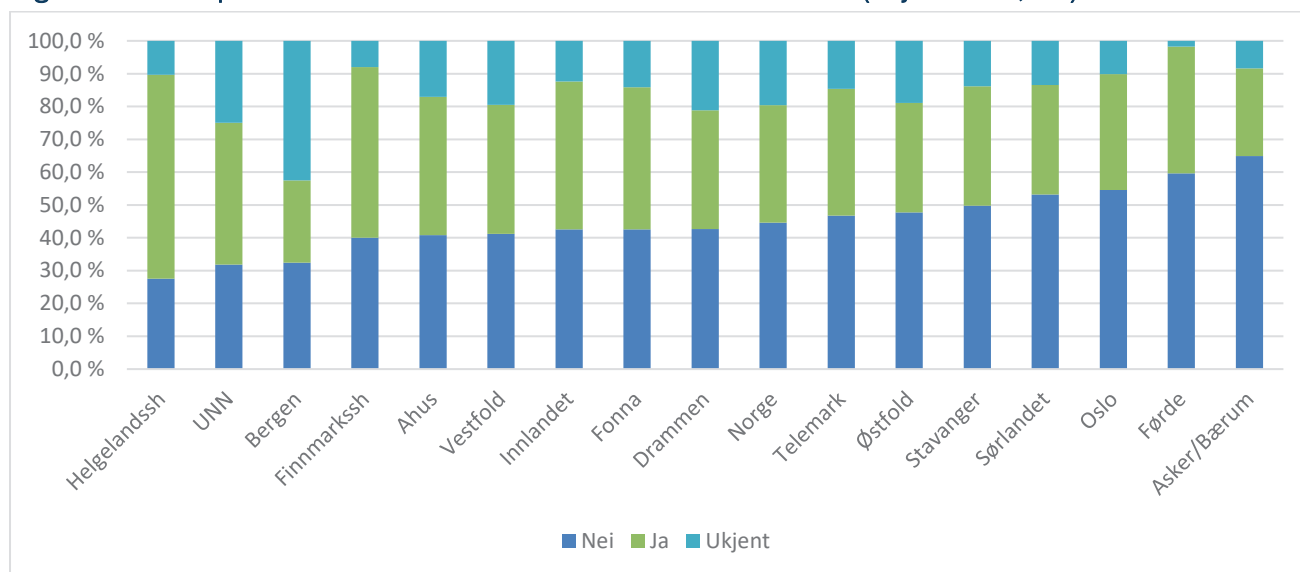


Kroniske smerter og behandling

I tillegg til spørsmålene om spesifikke somatiske sykdommer ble det inkludert et spørsmål om kroniske smerter (Figur 45). Kroniske smerter ble definert som langvarige smerter med varighet over tre måneder.

Totalt oppga 36 % at de hadde hatt kroniske smerter det siste året, med en ukjentandel på 19 %. Til sammenligning rapporteres det ofte at om lag en tredjedel av befolkningen oppgir å ha kroniske smerter.

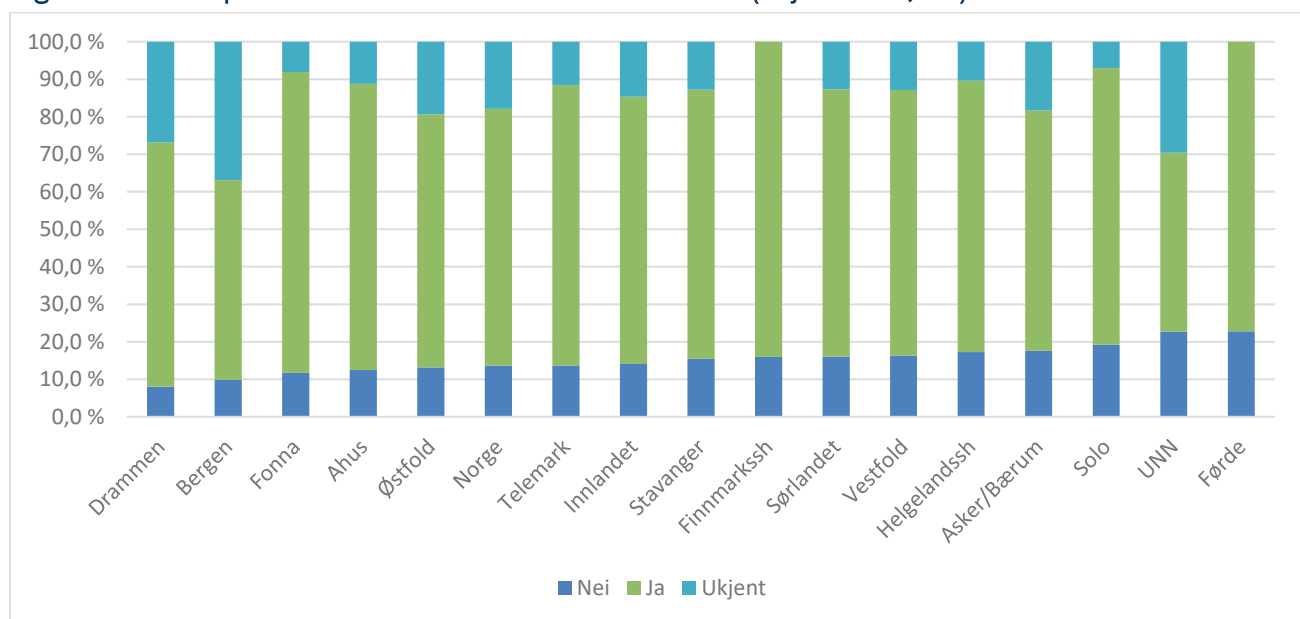
Figur 45. Andel pasienter som har hatt kroniske smerter siste år (ukjent = 19,6%). N=4688



Bruk av tobakk

69 % av pasientene oppgav bruk av tobakk det siste året (Figur 46), hovedsakelig i form av sigaretttrøyking. Det manglet opplysninger for 18 % av pasientene noe som tilsier at den reelle andelen trolig er noe høyere.

Figur 46. Andel pasienter som har brukt tobakk siste år (ukjent = 17,9%). N=4688



Humant immunsviktvirus (HIV)

I den generelle befolkningen i Norge registreres det årlig mellom 150 og 300 nye tilfeller av HIV. De fleste av disse gjelder personer som allerede var smittet før ankomst til Norge.

Antallet som faktisk smittes i Norge er lavt og stabilt, og anslått til rundt 20–30 tilfeller årlig (<https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/hiv-og-aids/hiv-risikogrupper>).

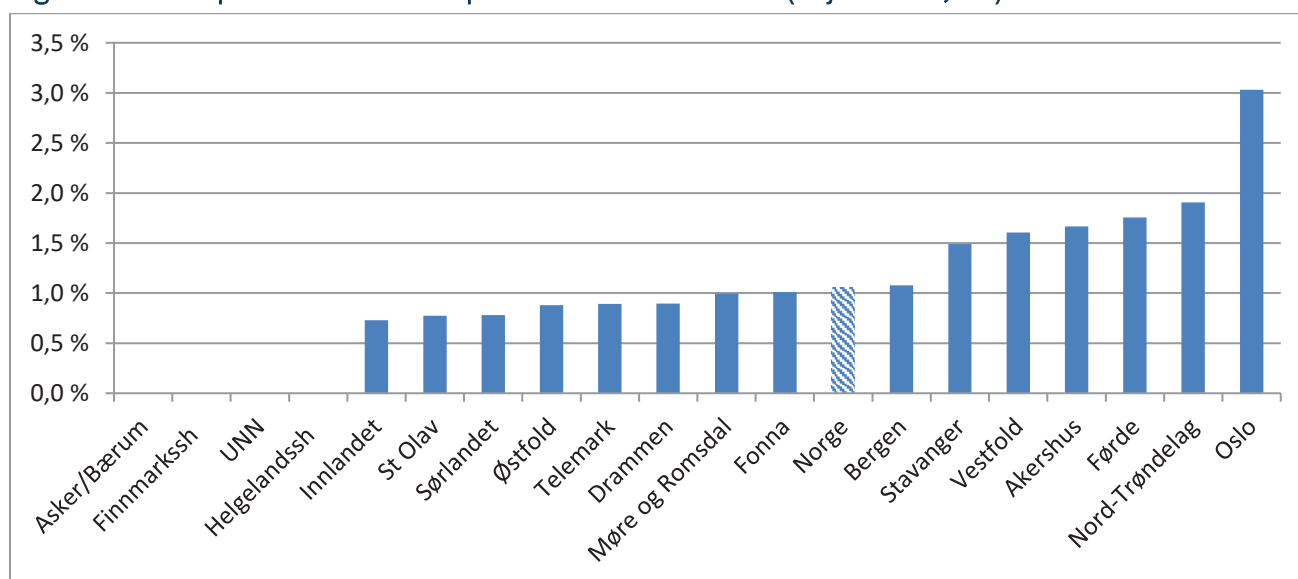
Tablettbehandling med antiretrovirale legemidler har vært tilgjengelig siden 1997 og er svært effektiv både for å redusere smitterisiko og forebygge alvorlige følgetilstander.

Blant LAR-pasienter har andelen hiv-positive vært stabilt lav over tid. I 2025 var andelen 1% (Figur 47), på nivå med tidligere år. Samtidig var ukjentandelen 12 %, noe som er uønsket høyt. Ved enkelte enheter som blant annet i Asker og Bærum samt ved flere sykehus i nord (UNN Troms, Finnmark og Helgeland) ble det rapportert ingen tilfeller, mens andelen i Oslo var på 3 %.

I internasjonal sammenheng er dette svært lavt for en LAR-populasjon, og reflekterer effekten av både bred tilgang til behandling og et godt utbygd skadereduksjonstilbud.

Likevel er andelen med ukjent hiv-status en vedvarende utfordring, med nivåer typisk mellom 7 % og 12 % nasjonalt. For en pasientgruppe med økt smitterisiko og regelmessig kontakt med helsetjenesten, tilsier dette et tydelig behov for mer systematisk testing og oppfølging.

Figur 47. Andel pasienter som har positiv hiv-smittestatus (ukjent = 11,8%). N=5385



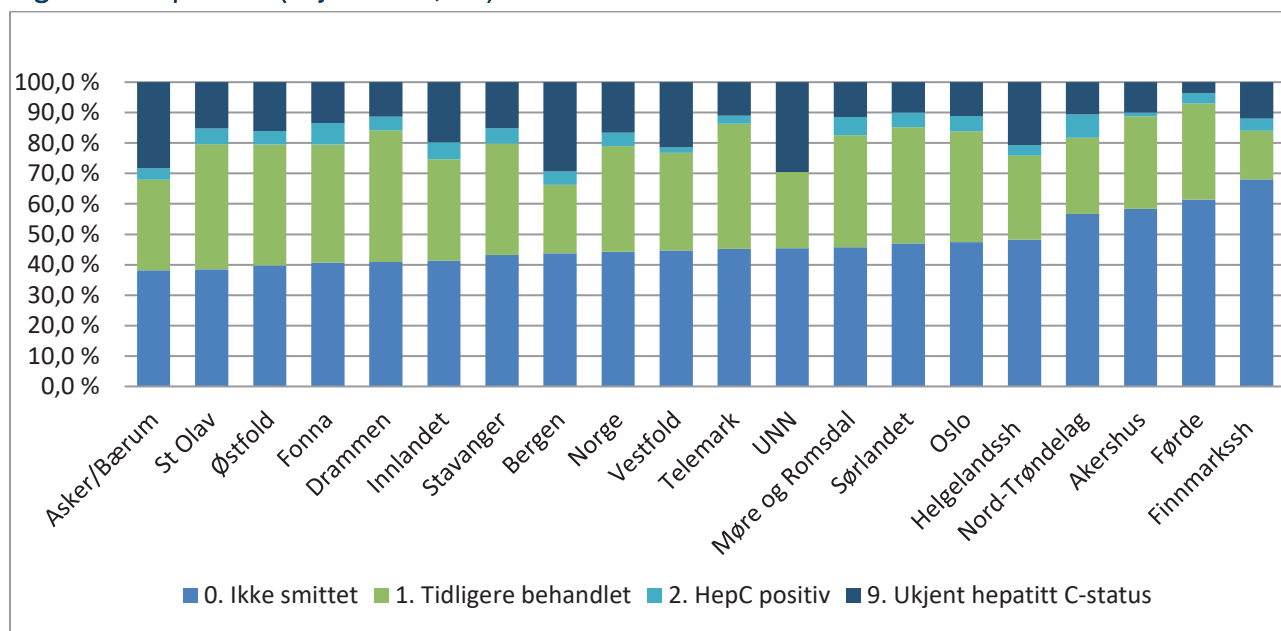
Hepatitt C

I utgangspunktet er alle pasienter i LAR aktuelle for utredning og eventuell behandling for hepatitt C. Siden det ikke finnes noen vaksine mot hepatitt C er det risiko for reinfeksjon, noe som tilsier behov for målrettet oppfølging og gjentatt testing, særlig hos pasienter med pågående injeksjonsbruk.

Rapporteringen av hepatitt C i statusundersøkelsen har vært forbundet med metodiske begrensninger hvor det tidligere har det vært vanskelig å skille mellom gjennomgått og aktiv infeksjon. Datagrunnlaget har derfor i begrenset grad kunnet si noe presist om faktisk smittestatus. Dette skyldes både at kartlegging av hepatitt C krever spesialkompetanse, og at undersøkelsen kun gjennomføres én gang årlig. I tillegg har ulike versjoner av statusskjemaet, med varierende formuleringer, bidratt til redusert sammenlignbarhet over tid.

Basert på årets tall (Figur 48), oppga 35 % at de tidligere var ferdigbehandlet for hepatitt C (37 % i 2022), mens 44 % ikke hadde påvist infeksjon ved anti-gen testing. Samlet sett indikerer dette en positiv utvikling, og gir grunnlag for å forvente en ytterligere reduksjon i forekomsten av hepatitt C blant LAR-pasienter i årene fremover.

Figur 48. Hepatitt C (ukjent = 16,6%). N=5385



Hepatitt C har historisk sett vært svært utbredt blant personer som injiserer rusmidler¹. I den generelle befolkningen er prevalensen av hepatitt C estimert til omtrent 0,1%. Den nasjonale strategien for utrydning av hepatitt C innen 2023² og historisk kom den kanskje viktigste utviklingen i hele rapportperioden med at direktevirkende antivirale legemidler basert på tabletter ble alminnelig tilgjengelig fra mars 2018. Statusrapportene fra 2020 og fremover gjenspeiler dette skiftet.

¹ Folkehelseinstituttet (2023). Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge. Oslo: Folkehelseinstitutt.

https://www.fhi.no/contentassets/f35ea65ab2694b408f0957fc4a9d695b/statusrapport_fhi_hdir_eliminasjon-hepatitt-b-og-c_norge_2023.pdf

² Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023.

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

Som en definert risikogruppe er videre arbeid med utredning, diagnostisering, og behandling er likevel viktig for å nå det langsiktige målet å utrydde Hepatitt C i LAR-populasjonen. Tilgang på rent brukerutstyr er viktig for de som har injiserende, og bør derfor prioriteres.

I EUDAs European Drug Report for 2025¹, trekkes Norge frem som det eneste landet som per nå har nådd WHO's måltall for reduksjon av Hepatitt C, med en 80% reduksjon i forekomst av aktiv hepatitt C blant personer som injiserer rusmiddel. Vi ser fra Statusrapporten for LAR at det fortsatt er noen (ca.5%) som har aktiv hepatitt C og det bør derfor fortsatt foregå aktiv testing og behandling rettet mot målgruppen. Andelen med ukjent status var og er imidlertid fortsatt høy, for 2025 rundt 17%.

¹ [European Drug Report 2025: Trends and Developments | The European Union Drugs Agency \(EUDA\)](#)

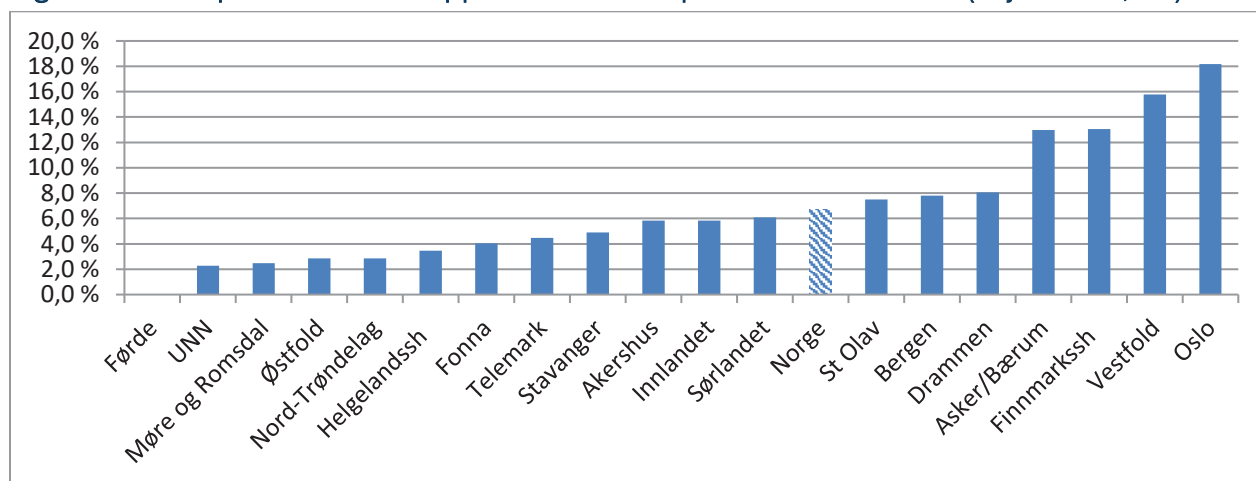
RUSBRUK

Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om bruk av ulike rusmidler de siste fire foregående ukene. Spørsmålene gir ikke informasjon om hyppighet eller grad av bruk av spesifikke rusmidler. Noen spørsmål om rusmestring, injiserende bruk og ikke-fatale overdoser siste år er også inkludert.

Opioider

Figur 50 viser bruk av opioider utenom LAR-medikamentet. I 2025 rapporterte 7 % av pasientene slik bruk, på nivå med 2024 men redusert fra 9 % i 2023 og 10 % i 2022. Nivået har likevel vært relativt stabilt over tid, og den høye andelen med ukjent status gjør estimatene usikre. Det er også betydelig geografisk variasjon, der Oslo skiller seg ut med høyest andel (18 %) noe som må ses i sammenheng med byens etablerte rusmiljø.

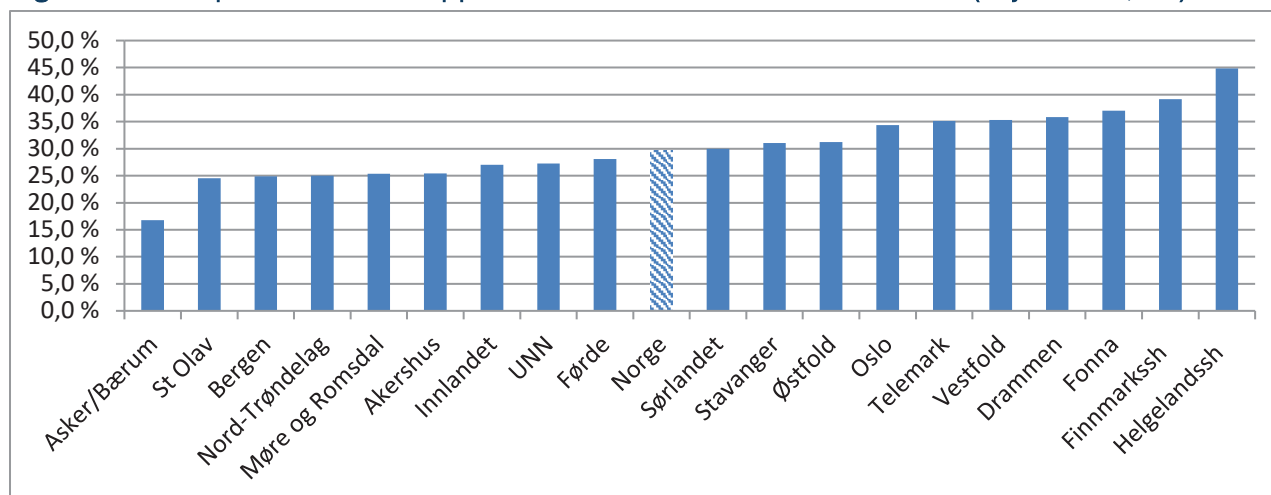
Figur 50. Andel pasienter med rapportert bruk av opioider siste fire uker (ukjent = 17,7%). N=5385



Cannabis

30% av pasientene rapporterte bruk av cannabis, på nivå med foregående år. Fordelingen mellom enhetene er også i stor grad uendret sammenlignet med tidligere år.

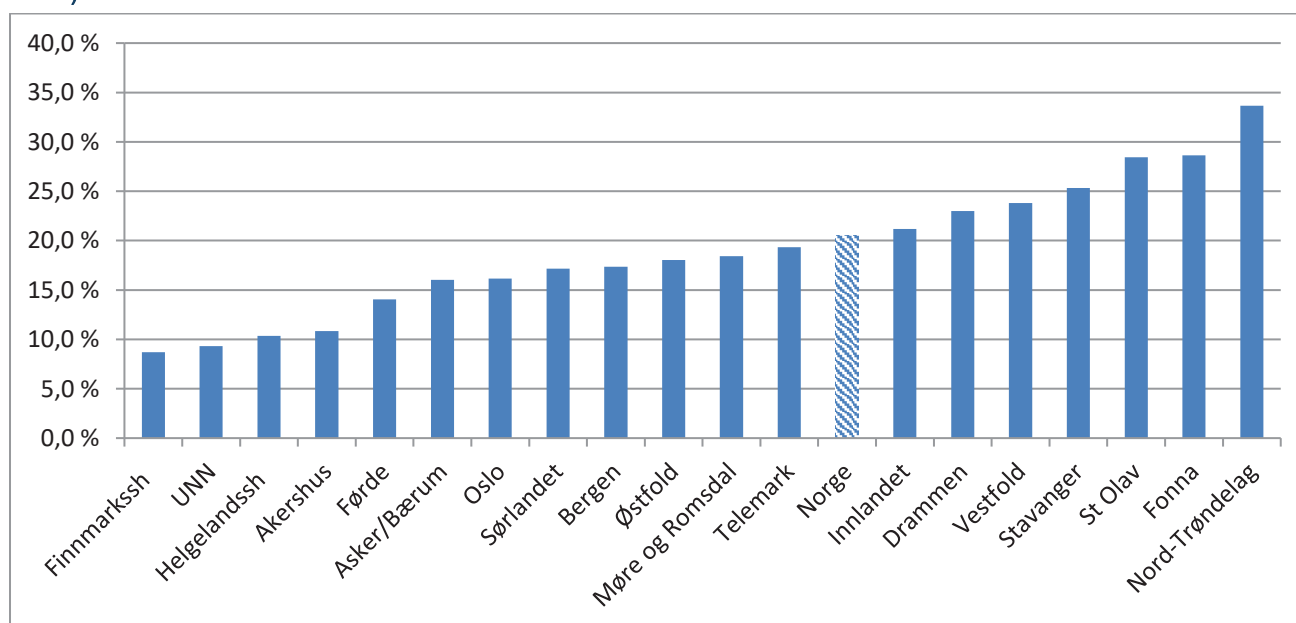
Figur 51. Andel pasienter med rapportert bruk av cannabis siste fire uker (ukjent = 17,7%). N=5385



Benzodiazepiner

20% rapporterte ruspreget bruk av benzodiazepiner, en nedgang fra tidligere år med 24% i 2024 og 33% i 2023. Nedgangen kan trolig delvis forklares av økt forskrivning av samme medikament, men må også ses i sammenheng med endringen i spørsmålsformuleringen i 2023 i DIPS Arena hvor dette ble presisert for å tydeligere skille ut ruspreget bruk.

Figur 52. Andel pasienter med rapportert med bruk av benzodiazepiner siste fire uker (ukjent = 19%). N=5385

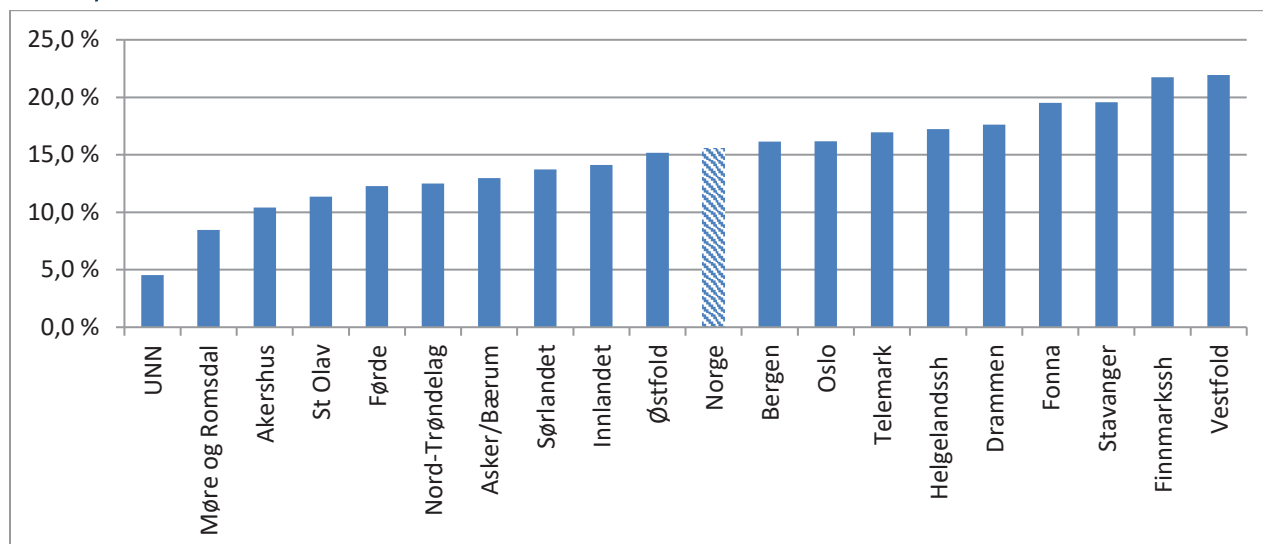


Sentralstimulerende midler

Som vist i figur 53 oppga 16 % bruk av sentralstimulerende midler siste fire uker – et nasjonalt gjennomsnitt som har vært nokså stabilt det siste tiåret. Fordelingen var nokså lik på regionalt nivå, men

med noen lokale forskjeller mellom LAR-enhetene. Ukjent-andelen gjør det imidlertid også her vanskelig å tolke svarene i en bestemt retning.

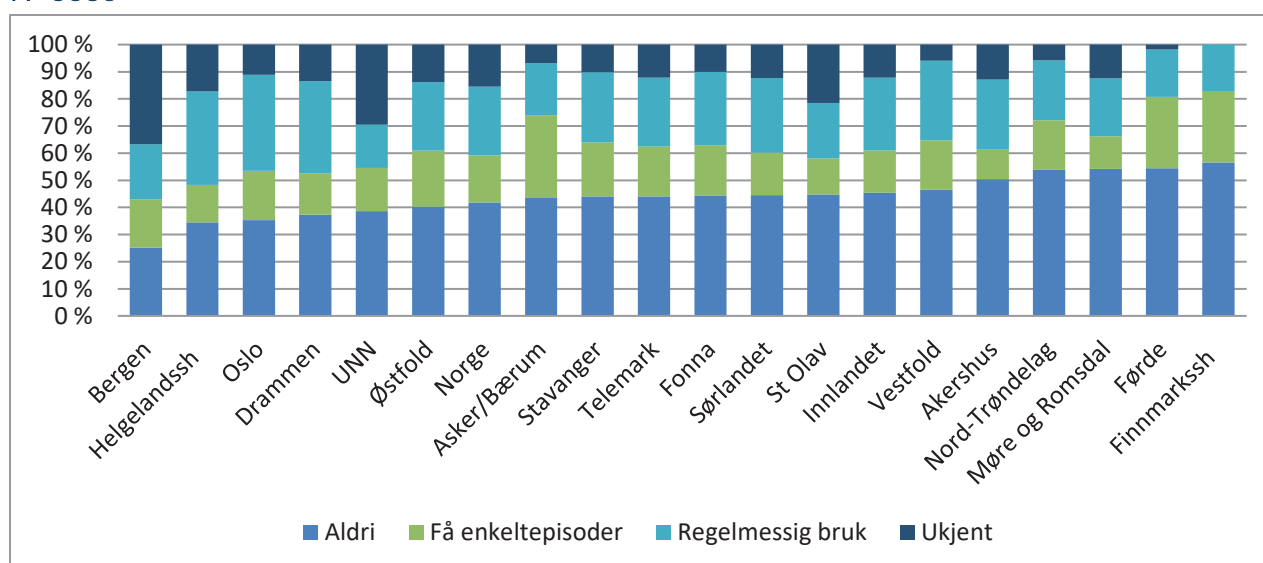
Figur 53. Andel pasienter med rapportert bruk av sentralstimulerende midler siste fire uker (ukjent = 18%). N=5385



Hyppighet av rusbruk

Hele 42 % av pasientene rapporterte ingen rusbruk de siste ukene (Figur 54), samme nivå som året før. 17 % hadde hatt enkeltepisoder og 25 % mer regelmessig bruk – noe som også er likt med året før. Forekomsten ser ut til å i noen grad samvarierte med ukjentandelen, og medfører usikkerhet i tolkningen av tallene.

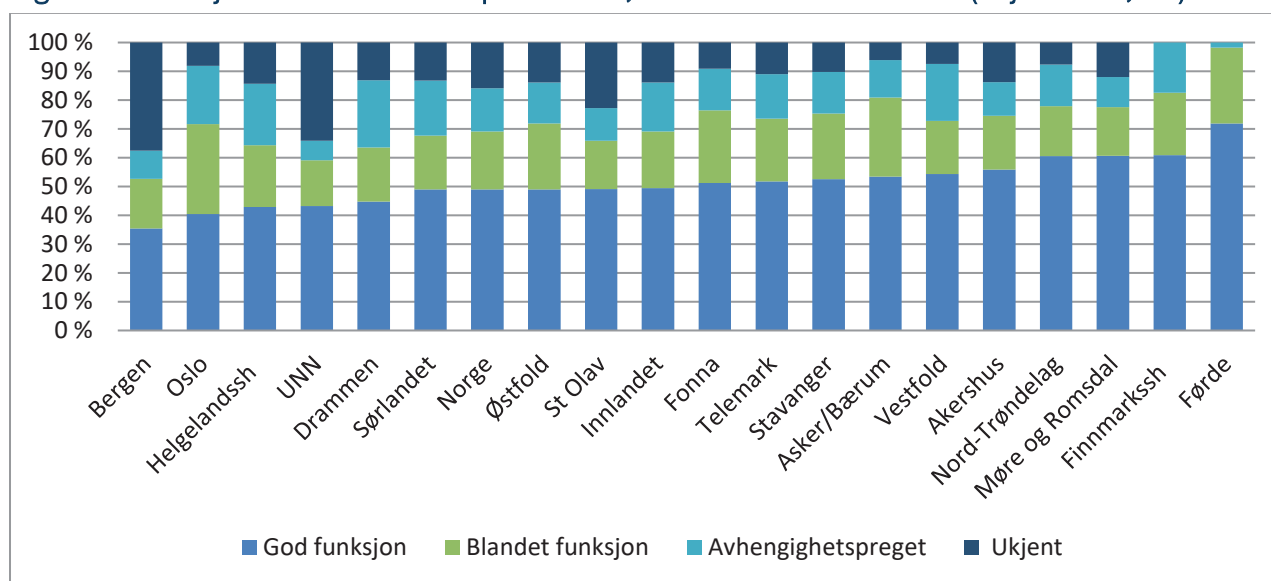
Figur 54. Hyppighet av rusbruk siste fire uker, rangert etter forekomst av «aldri» (ukjent = 15,5%). N=5385



Rusmestring

I gjennomføringen av statusundersøkelsen har pasientens primærkontakt vurdert vedkommende pasients rusmestring det siste året. God funksjon innebærer at det ikke er noen rusbruk som har negativ betydning for sosial funksjon eller livskvalitet, blandet funksjon viser til noen grad av negativ betydning, og avhengighetspreget bruk vurderes som å dominere hverdagslivet. I 2025 ble 49 % vurdert å ha god funksjon i hverdagen (Figur 55), tilsvarende som året før. Videre ble 20 % vurdert med blandet og 15 % med avhengighetspreget bruk. Også her er ukjentandelen relativt høy, og svarene vurderes å samvarierte noe med dette når det gjelder forskjeller mellom enhetene.

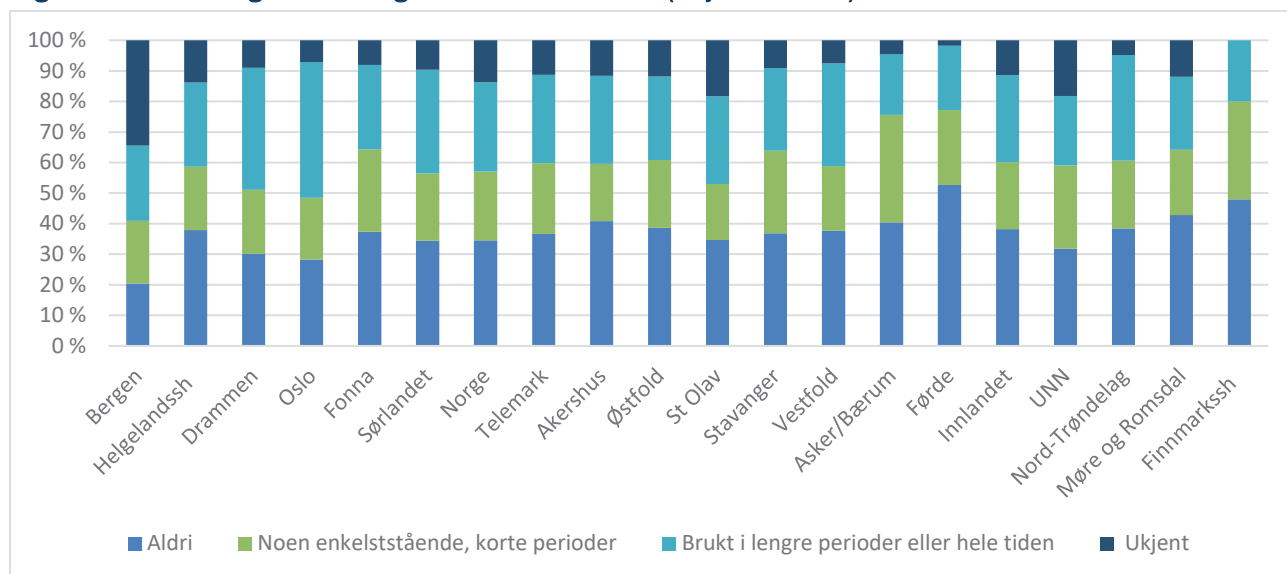
Figur 55. Funksjonsnivå med tanke på rusbruk, vurdert av hovedkontakt (ukjent = 15,9%). N=5385



Omfang av rusbruk

Som det fremkommer av figur 56 var det 35 % av pasientene som ikke hadde brukt rusmidler siste år, det samme som året før. Videre hadde 22 % kun brukt rusmidler i enkeltstående perioder, og 29 % i lengre perioder eller gjennom hele året. Det var noen mindre regionale forskjeller i rusbruk, vurdert til å i noen grad samvarierte med ukjentandelen.

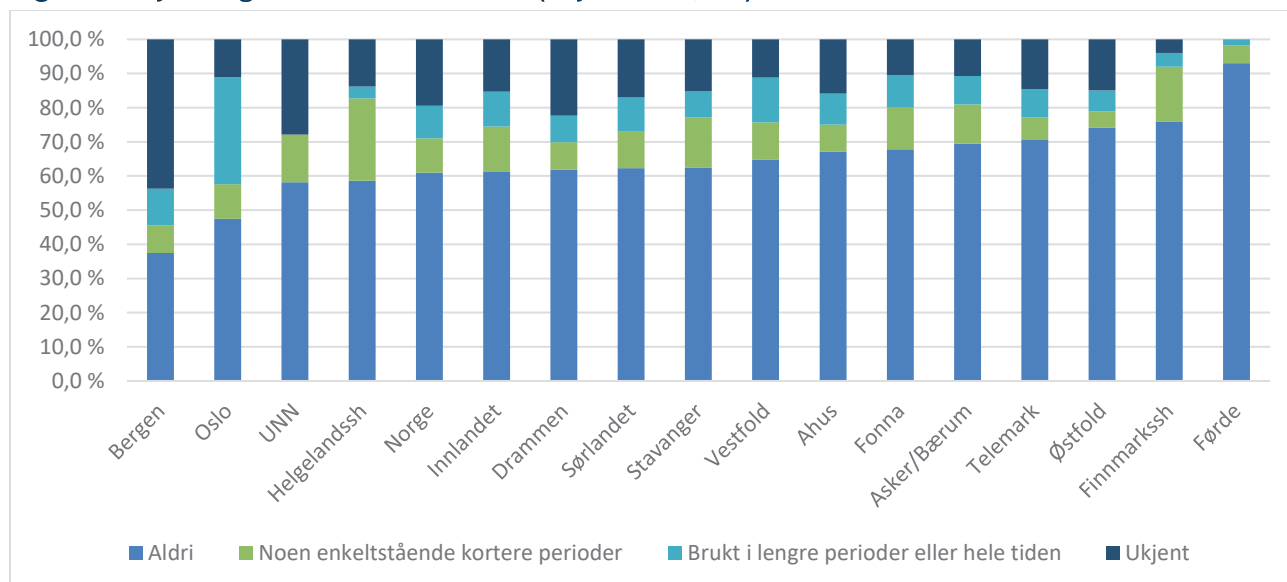
Figur 56. Vurdering av omfang av rusbruk siste år (ukjent = 14%). N=5385



Injisering av rusmidler

Som vist i figur 57 hadde 61 % ikke injisert rusmidler siste år, sammenlignet med 58 % i 2024. En mindre andel på 10 % hadde injisert rusmidler i lengre perioder (9 % i 2024), og 10 % hadde injisert i avgrensede episoder. I sum er det da ca.20 % av LAR pasientene som har injisert i løpet av 2025, det samme som året før. Dette er en populasjon som dermed fortsatt er utsatt for blod-båren smitte, og det vil være aktuelt med testing og behandling av sykdommer knyttet til dette, i tillegg til veiledning om risiko ved injisering.

Figur 57. Injisering av rusmidler siste år (ukjent = 19,5%). N=4688

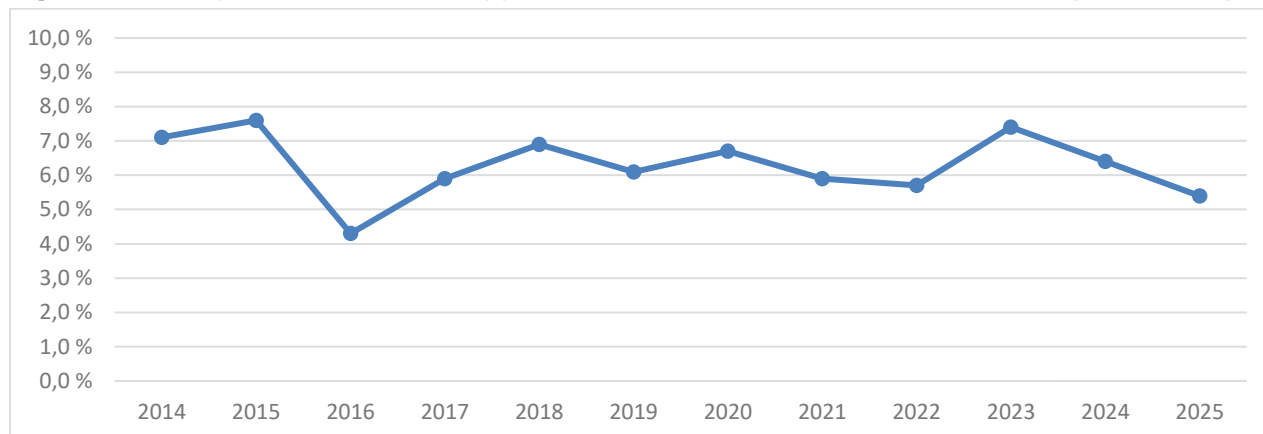


Ikke-fatale overdoser

5 % av pasientene oppga å ha hatt en ikke-fatal overdose i 2025. Iberegnet andelen ukjente på 13 % vil da minst 80 % av pasienten ikke ha opplevd siste år. Figur 58 gir en oversikt over utviklingen av ikke-fatale

overdoser blant pasienter i LAR over årene 2014-2025. Det viser en noe varierende forekomst, men i alt overveidende grad stabil i underkant av 7% i perioden. For overdoser som har resultert i dødsfall - se eget kapittel om dødelighet i LAR.

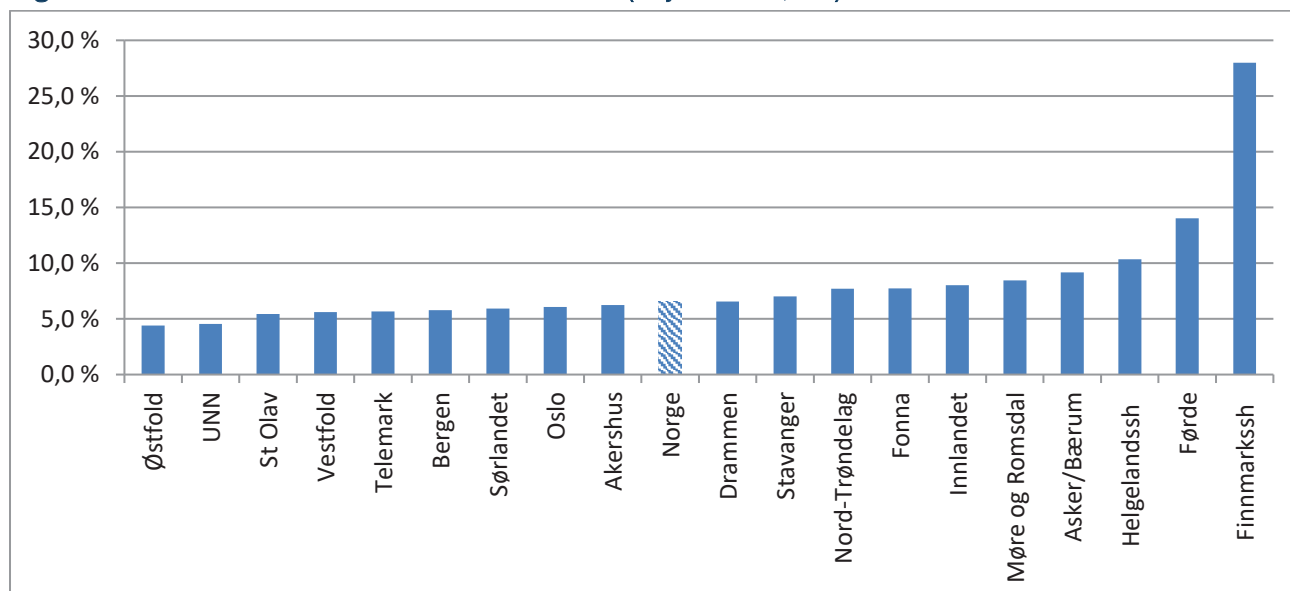
Figur 58. Andel pasienter som har opplevd minst en ikke-fatal overdose siste år (2014-2025).



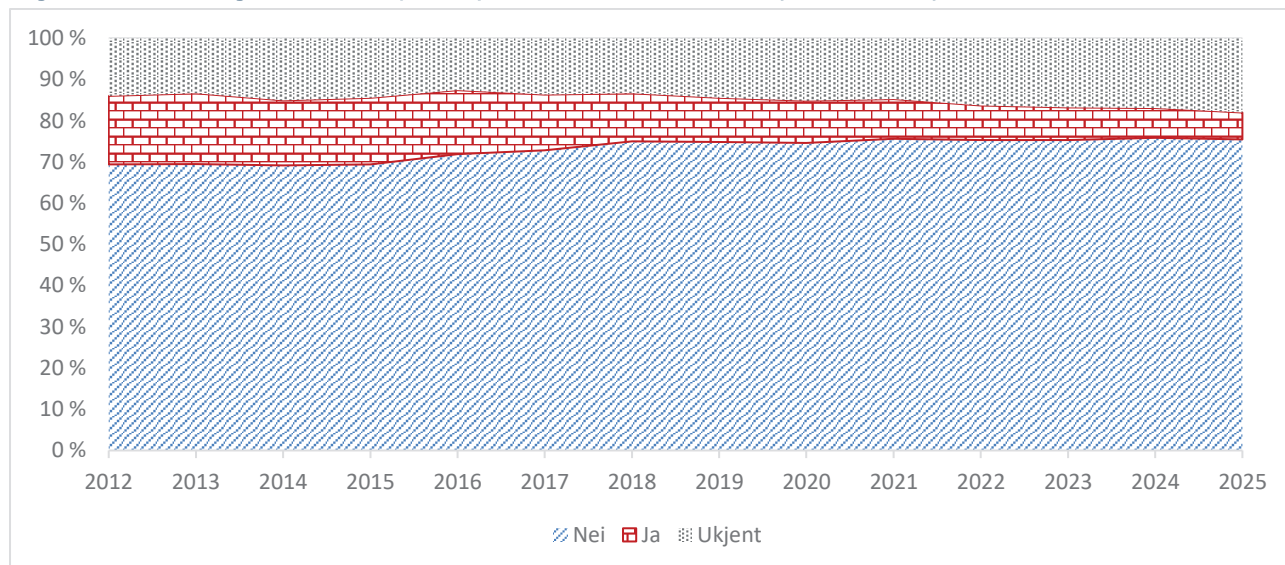
LOVBRUDD

Statusundersøkelsen inkluderer ett enkeltspørsmål om lovbrudd, og andelen som i løpet av foregående år har blitt arrestert, varetektsfengslet, tiltalt eller dømt er fremstilt i Figur 59. I løpet av 2025 hadde 7 % som hadde opplevd dette, med en nokså høy andel med ukjent status (18 %). Figur 60 viser at over de siste årene har vi sett en svakt synkende tendens når det gjelder lovbrudd.

Figur 59. Andel som har vært arrestert siste år (ukjent = 18,0%). N=5385



Figur 60. Utvikling av arrestasjoner på landsbasis over tid (2012-2025).



PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING

Heroinassistert behandling (HAB) er et femårig prøveprosjekt ved Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus i Bergen, med pasientinkludasjon fra 2022 og egen evaluering ved SERAF og samarbeidende enheter ved OUS og Haukeland universitetssykehus. Formålet er å gi skadereduserende og stabiliserende behandling som bidrar til økt livskvalitet. Tilbudet er særlig rettet mot personer som ikke har opplevd tilstrekkelig behandlingseffekt av ordinær LAR. Prosjektet leverte en avsluttende evaluering primo juni 2026.

Pasienter i HAB får fortrinnsvis forskrevet diacetyl-morfin, altså medisinsk heroin, som sitt primære LAR-medikament. Behandlingen innebærer vanligvis oppmøte på en HAB-klinikk to ganger daglig for medikamentinntak, samt annen medikamentell behandling og psykososial oppfølging ved behov. I Bergen er pasientkapasiteten per våren 2025 anslått til ca. 60 personer, og i Oslo opptil 100.

75 pasienter har deltatt i Statusundersøkelsen 2025. Nedenfor følger en oppsummering av pasientenes situasjon og behandling, sammenlignet med pasienter i øvrig LAR.

Deltakernes situasjon

Tabell 4 gir en oversikt og sammenstilling av HAB-pasientenes situasjon sammenstilt med pasienter i ordinær LAR. Generelt må svarene tolkes med varsomhet gitt at utvalget i HAB er langt færre inn i LAR.

Av deltakerne var 70 % av fra Oslo, og 30 % fra Bergen. Kvinneandelen var lavere sammenlignet med ordinært LAR (24 vs. 31 %). Gjennomsnittsalderen var 47 år, noe lavere enn i LAR (49 år). De fleste av deltakerne hadde en stabil bosituasjon (73 %), men likevel færre enn tilsvarende i LAR (83 %). Flesteparten (92 %) var uten beskjeftigelse, noen flere enn i LAR (83 %). Også noen flere (65 %) hadde uføretrygd eller pensjon som sin hovedinntektskilde. Majoriteten var uten arbeid (90 %), og færre var i heltids- eller deltidsjobb, eller utdanning enn i ordinær LAR.

Medikamentell behandling, sikkerhet

99 % hadde medisinsk heroin som sitt LAR-medikament. Ingen oppga bivirkninger knyttet til medikamentet, men ukjentandelen er høy (54 %). 85 % ingen rusmiddelprøveordning, mens 7,0 % hadde regelmessig prøvetaking og 7 % hadde noe prøvetaking. Langt færre (79 %) oppga rusmiddelprøver i HAB enn i ordinær LAR (51 %). Imidlertid er det et vesentlig poeng at oppfølging av medisinsk sikkerhet i HAB evalueres og ivaretas ved daglig klinisk evaluering ved oppmøte i klinikken, så tallene vil ikke være sammenlignbare.

Behandlingsmålsettingen til pasientene i HAB var i all hovedsak stabilisering og skadereduksjon uten nødvendigvis å ha mål om rusfrihet (95 %), en vesentlig forskjell fra 27,0 % i ordinær LAR. Ca. 40 % av pasientene hadde tilleggsforskriving av benzodiazepiner, noe som er sammenlignbart med LAR.

Psykososial oppfølging og behandlingstilfredshet

Omtrent halvparten (51 %) av pasientene i HAB hadde individuell plan, og dermed vesentlig mer utbredt enn i LAR (10 %). Andelen med ansvarsgruppe og aktiv behandlingsplan siste tre måneder var omtrent tilsvarende som i LAR. Et mindretall (19 %) mottok oppfølging for psykiske helseutfordringer, omtrent tilsvarende med andelen i LAR (17 %).

På spørsmål om pasientenes tilfredshet med HAB oppga ca.70 % at de var fornøyde, noe høyere enn for pasienter i LAR. Behandlere i HAB oppga tilfredshet for 75 % av pasientene,, på linje med hva behandlerne i LAR.

Psykisk og fysisk helse Rusmiddelbruk

Andelen pasienter som rapporterer om alvorlige depresjonssymptomer (8 %) eller angstsymptomer (15 %), er noe lavere enn for ordinær LAR. For vrangforestillinger er andelen på 5 % omtrent den samme.

Når det gjelder rusmiddelbruk oppga 36 % et omfattende rusmiddelbruk, 41 % brukte rusmidler av og til, og 12 % hadde ingen rusmiddelbruk. Samlet er dette vesentlig høyere enn i ordinært LAR, og det kan innebære ulike behov i arbeidet med rusmestring og skadereduksjon i HAB vs. LAR.

Vurderinger av pasientenes situasjon

Årets statusrapport er den tredje som gjennomføres etter at HAB ble etablert som prøveprosjekt i Oslo og Bergen. Oppsummert har behandlingstilfredsheten holdt seg høy fra 2023 til 2025, både blant pasienter og behandlere.

Det er noen tydelige forskjeller i organiseringen av behandlingen og den psykososiale situasjonen til pasienter i HAB og pasienter i øvrig LAR, og samlet ser det ut til at tilbudet møter behovene til en noe mer belastet gruppe av pasienter enn i ordinær LAR.

Tabell 4. Sammenligning av situasjon og behandlingsfaktorer blant pasienter i HAB med pasienter i øvrig LAR.

	Pasienter i HAB (n=75)	Pasienter i LAR (n=5310)
Kjønn		
Kvinner	23,8 %	31,2 %
Menn	73,2 %	68,8 %
Alder	47,1 år	48,9 år
Boligsituasjon		
Ingen bolig	5,33 %	2,34 %
Hospits/hybelhus/hotell	1,33 %	1,85 %
Institusjon	9,33 %	3,71 %
Fengsel	-	1,02 %
Hos foreldre	2,67 %	3,71 %
Hos andre	8,00 %	2,68 %
Egen bolig	73,33 %	82,96 %
Annet / Ukjent	-	1,73 %
Hovedaktivitet		
Uten beskjeftigelse	92,00 %	82,87 %
Heltidsjobb	2,67 %	9,23 %
Deltidsjobb	2,67 %	5,28 %
Under utdanning	-	1,13 %
Deltidsjobb og under utdanning	1,33 %	0,32 %
Ukjent	1,33 %	1,17 %
Hovedinntekt		
Arbeidsinntekt	1,33 %	10,22 %
Forsørget av andre	-	0,06 %
Dagpenger	-	0,53 %
Sykepenges	-	0,38 %
AAP	17,33 %	10,29 %
Ufør/pensjon	65,33 %	70,18 %
Pensjonist	1,33 %	2,73 %
Sosial stønad	13,33 %	2,19 %
Studielån	-	0,40 %
Annet/ukjent	1,33 %	3,03 %
Tilleggsforskrivning av benzodiazepiner		
Nei	55,82 %	55,57 %
Ja	40,72 %	41,00 %
Ukjent	3,45 %	3,43 %
Bivirkninger av LAR-medikament*		
Nei	40,54 %	43,79 %
Ja	-	7,32 %
Ikke aktuelt	54,05 %	38,02 %
Ukjent	5,41 %	10,87 %
Rusprøver		
Ingen prøver	78,67 %	51,14 %
Stikkprøver	4,00 %	26,97 %
Regelmessig prøvetaking	16,00 %	19,81 %
Ukjent	1,33 %	2,07 %

	Pasienter i HAB (n=75)	Pasienter i LAR (n=5310)
Behandlingsmålsetting		
Rehabilitering med rusfrihet	5,33 %	68,16 %
Stabilisering uten rusfrihetskrav	94,67 %	27,28 %
Ikke avtalt	-	4,56 %
Individuell plan		
Nei	58,67 %	75,78 %
Ja	30,67 %	10,12 %
Ukjent	10,67 %	14,10 %
Ansvarsgruppemøte siste tre måneder		
Nei	74,67 %	73,84 %
Ja	24,00 %	23,80 %
Ukjent	1,33 %	2,36 %
Behandling for psykiske helseproblemer siste fire uker		
Nei	76,00 %	77,87 %
Ja	18,67 %	16,87 %
Ukjent	5,33 %	5,26 %
Psykiske helseproblemer siste fire uker		
Depressive symptomer	8,00 %	12,34 %
Angstsymptomer	14,67 %	21,69 %
Vrangforestillinger	5,33 %	6,03 %
Rusbruk siste fire uker		
Aldri	12,00 %	42,28 %
Få enkeltepisoder	21,33 %	17,27 %
Regelmessig bruk	49,33 %	24,95 %
Ukjent	17,33 %	15,50 %
Overdose siste år		
Nei	69,33 %	82,09 %
Ja	14,67 %	5,28 %
Ukjent	16,00 %	12,63 %
Pasienters fornøydhhet med behandlingen		
Fornøyd vellykket	69,33 %	61,25 %
Både-og	14,67 %	13,13 %
Misnøyd/ikke vellykket	2,67 %	3,04 %
Ukjent	13,33 %	22,58 %
Behandlers fornøydhhet med behandlingen		
Fornøyd vellykket	75,68 %	71,04 %
Både-og	21,62 %	23,37 %
Misnøyd/ikke vellykket	2,70 %	2,45 %
Ukjent	-	3,14 %
Endringsbehov		
Nei	90,67 %	83,56 %
Ja	2,67 %	9,97 %
Ukjent	6,67 %	6,47 %

DØDSFALL

LAR i Helseforetakene har registrert antall dødsfall hvert år siden 2000. Andelen av pasienter i behandling som døde hvert år (mortalitetsraten) har vært publisert i statusrapportene og siden 2013 med en utvidet dødsfallsundersøkelse. I årets rapport presenteres stort sett resultater på de samme variablene som i foregående rapporter.

Det ble meldt inn i alt 188 dødsfall fra helseforetakene (HF) for 2025 og det foreligger skjemaer med opplysninger om dødsfallet (heretter kalt «dødsfallsregistreringsskjema») for 184 (98 %). Ett helseforetak har ikke meldt inn opplysninger om dødsfall og er derfor ikke med i beregningen av den totale mortalitetsraten. Den totale dødsraten er beregnet ut fra totalt 188 dødsfall og et middeltall for antall pasienter i LAR i 2025 i de HF-ene som har meldt inn antall døde (halvparten av summen av antall LAR-pasienter ved inngangen og utgangen av 2025) på 8419. For tre helseforetak mangler tall for antall pasienter ved utgangen av 2025 mens det foreligger opplysninger om antall døde. For disse tre HF-ene har vi satt antall pasienter ved utgangen av 2025 satt lik antallet ved inngangen til 2025. Det kan også være unøyaktigheter i de innmeldte tallene når det gjelder antall pasienter og antall døde fra andre HF. Beregningen av den totale dødelighetsraten (døde per 100 person-år = prosent døde per år) kan derfor være noe unøyaktig, men vi vurderer den til å være tilstrekkelig nøyaktig til å gi et godt bilde av den langsiktige utviklingen i dødelighet under LAR-behandling i Norge.

Med disse forutsetningene er den totale mortalitetsraten basert på meldinger fra LAR i HF-ene på 2,2 % i 2025.

Tabell 5. Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene, 2011–2025

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Øst	27	42	45	54	55	42	53	47	37	65	41	58	61	72	80
Sør	17	22	13	21	30	22	25	31	36	30	23	25	29	42	51
Vest	5	17	24	30	27	32	36	30	29	29	29	46	54	55	38
Midt	0	1	10	9	7	5	4	8	5	9	2	3	7	13	8
Nord	5	2	6	6	8	7	4	11	5	13	7	15	9	11	10
Norge	54	84	98	121	127	108	122	127	112	146	102	147	160	193	188
Prevalens Norge	0,8	1,2	1,3	1,6	1,7*	1,3*	1,6*	1,7*	1,4*	1,8*	1,3*	1,8*	1,9*	2,3*	2,2*

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

* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn fem dager uten medikasjon er raten 1,4 per 100 pasientår både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018, 1,3 i 2019, og 1,7 i 2020, 1,2 i 2021, og 1,7 i 2022 og 2023, 2,3 i 2024 og 2,2 i 2025.

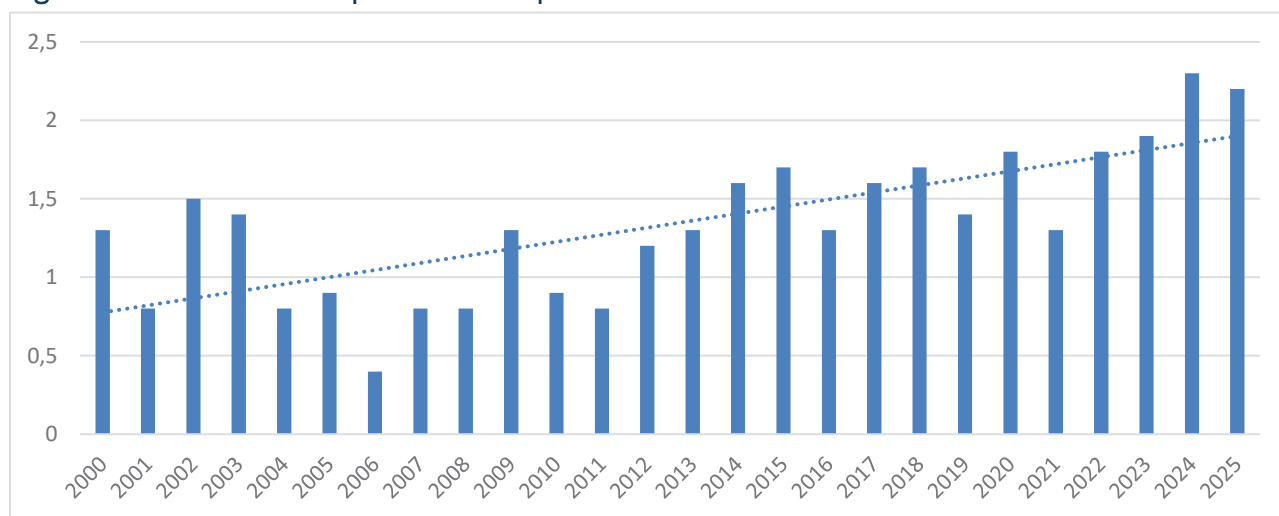
Av de 184 døde med opplysninger om dødsfallet var 169 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet (83 %), ingen hadde unnlatt å hente LAR-medikament siste 1-5 dager før død, fire hadde ikke hentet siste 6-30 dager (2 %) og to (1 %) hadde ikke hentet på mer enn 30 dager, tre var uten LAR-medikament med ukjent varighet (2 %) og for 9 var LAR-status ukjent (5 %). Pasienter som pga. terminal somatisk sykdom hadde fått skiftet sitt LAR-medikament til annen opioid medisinering ved dødstidspunktet, ble regnet som under aktiv LAR-behandling.

På grunn av raskt tap av opioidtoleranse etter seponering av opioider, regner vi som tidligere år at de som var under pågående medisinerings og de som hadde vært uten LAR-medikament i maksimalt fem dager var «under LAR-behandling» (169 personer, 92 %), mens de som hadde vært umedisinert mer enn 5 dager ble regnet som «etter/uten LAR» (6 personer, 3 %). Dessuten var, som nevnt over, LAR-status ukjent for 9 personer der det foreligger Dødsfallsregistreringsskjema (5 %). I tillegg er det meldt inn fire dødsfall uten at det foreligger Dødsfallsregistreringsskjema, LAR-status for disse er dermed ukjent. Hvis vi tar med disse 13 med ukjent LAR-status, får vi maksimalt 182 døde under behandling, som gir en dødsrate på 2,2 % når vi regner ut fra antall pasienter i de LAR-enhetene som har rapportert antall døde i 2025. Noen av disse 13 var sannsynligvis ikke under aktiv LAR-behandling ved død, men dette vet vi ikke, og en dødsrate under LAR-behandling på 2,2 % er derfor et maksimal-anslag.

I den videre beskrivelsen av dødsfallene tar vi, hvis ikke noe annet er presisert, utgangspunkt i de 169 dødsfallene som vi med sikkerhet vet har skjedd «under LAR-behandling».

Dødsraten under LAR-behandling i 2025 (Figur 61) er 2,2 %. Raten var betydelig høyere i 2024 enn i årene før (2,3 %). For 2025 er det en liten nedgang sammenlignet med 2024, men dødeligheten er høyere enn i 2023 og årene før. Det er rimelig å anta at økningen i dødelighet i de to siste årene sammenlignet med tidligere år, har sammenheng med høyere alder og medfølgende økende sykkelighet i den aldrende LAR-populasjonen (se vurderinger sist i dette kapittelet).

Figur 61. Mortalitetsrate i prosent døde per år 2000–2025



Dødsårsaker og aldersprofil

Skjema for dødsårsaks-registrering gir opplysninger om kjønn, alder, helseforetak, antatt dødsårsak (bygger på den kjennskap LAR i helseforetaket har om dødsårsaken, ikke offisiell dødsårsak fra Dødsårsaksregisteret), dødssted, LAR- legemiddel og dose, hvorvidt pasienten var i aktiv LAR-behandling ved død, hvor lenge det eventuelt var siden LAR-medisineringen opphørte og rusmestring siste måned før død.

I 2025 var gjennomsnittsalderen blant dem som døde under LAR-behandling 57,1 år, den yngste var 23 og den eldste 74 år. I 2021 var snittalderen 53,2 år, 53,6 år i 2022, 53,5 år i 2023 og 55,8 år i 2024. Snittalderen for alle i LAR var i 2025 49,0 år, i 2024 48,4, i 2023 48,1, i 2022 47,8 og 47,0 i 2021.

Gjennomsnittsalderen for dem som døde i 2025 var altså 8,1 år høyere enn gjennomsnittsalderen for alle i LAR, dette er en økning fra 7,4 år i 2024 og 5,4 år i 2023.

Tabell 6 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene ved de 169 dødsfallene «under LAR-behandling». Ved 43 av de 169 dødsfallene (25 %) er dødsårsaken ukjent for LAR i HF-ene. Vi har som tidligere ikke hatt tilgang til data fra Dødsårsaksregisteret. Blant alle de 184 med Dødsfallsregistreringsskjema fordelte kildene for opplysninger om antatt dødsårsak seg med 2 % obduksjonsrapporter, 38 % epikrise fra sykehus, 13 % behandlende lege og 38 % andre kilder som for eksempel kan være andre deler av behandlingsapparatet eller familie og bekjente. For 10% er det ikke oppgitt noen kilde for opplysninger. Blant de 169 som var under LAR-behandling, forelå det opplysninger om dødsårsak for 126 (75 %). Dette er litt lavere enn for 2024 (79 %). Blant dødsfall med antatt kjent årsak er andelen med somatisk årsak 80 % i 2025 mot 75 % i 2024, 80 % i 2023 og 79 % i 2022. Andelen ligger stabilt høyt rundt 75–80 %. Andelen overdosedødsfall er 6 %, mot 7 % i 2024 og 12 % i 2023. Andelen voldsomme dødsfall (homicid, suicid og ulykker) var 14 % i 2025, mot 18 % i 2024 og 8 % i 2023. Det er usikkert om dette er tilfeldige svingninger mellom år. I 2024 var tallet på suicid 13, opp fra tre 2023. I 2025 er det meldt inn åtte selvmord.

I årets rapport er somatiske dødsfall av spesifisert årsak som ikke omfattes av de spesifiserte kategoriene (lever, kreft osv.) og somatiske dødsfall uten nærmere spesifisering slått sammen til én kategori «annen somatisk dødsårsak». Som tidligere år er andelen av «annen spesifisert årsak» som skyldes sykdom i luftveiene, høy.

Blant dem som døde av somatisk sykdom, var gjennomsnittsalderen i 2025 59,9 år, mot 61,3 år i 2024 og 56,4 år i 2023. Blant de 169 under LAR-behandling (inkludert de med ukjent dødsårsak) døde 33 % av de under 51 år av somatisk sykdom (samme andel som i 2024) mens blant dem fra 51 år og oppover døde 68 % av somatisk årsak (mot 69 % i 2024). Hvis vi ser bort fra dem med ukjent årsak blir tallene henholdsvis 48 % (44 % i 2024) og 89 % (84 % i 2024) Dette viser, som tidligere år, den økende dødeligheten av somatiske sykdommer, akutte og kroniske, med økende alder.

Tabell 6. Dødsfall under LAR-behandling* i 2025, etter dødsårsak, kjønn og alder.

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med antatt kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder gjennomsnitt (laveste og høyeste)
Lever sykdom inkl. leverkreft	9	6	3	60,1 (52–67)
Bakteriell infeksjon, inkl. "multiorgansvikt"	13	12	1	61,7 (46–72]
Kreft (unntatt leverkreft)	22	17	5	59,5(43–68)
Hjerte/kar	9	8	1	57,9 (38–70)
Nyre	16	12	4	57,1 (37–72)
Annen somatisk **,***	33	26	7	61,3 (39–74)
Somatisk total	102 (80)	81 (79)	21	59,9(37–74]
Overdose	7 (6)	5 (71)	2	****
Homicid	2	0	2	****
Suicid	8	6	2	****

Ulykke	6	5	31	****
Voldsom død, total *****	17(14)	11(65)	6	****
Ukjent	43	28 (65)	15	55,9 (32–72)
Total ***	169	125(74)	44	57,1 (23–74)

Inkludert i beregningene er 166 døde, 123 med antatt kjent dødsårsak og 43 uten.

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

** Dødsfall med oppgitt annen *spesifikk* og annen *uspesifisert* somatisk dødsårsak (som ikke dekkes av kategoriene over).

*** To personer har ikke oppgitt alder

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

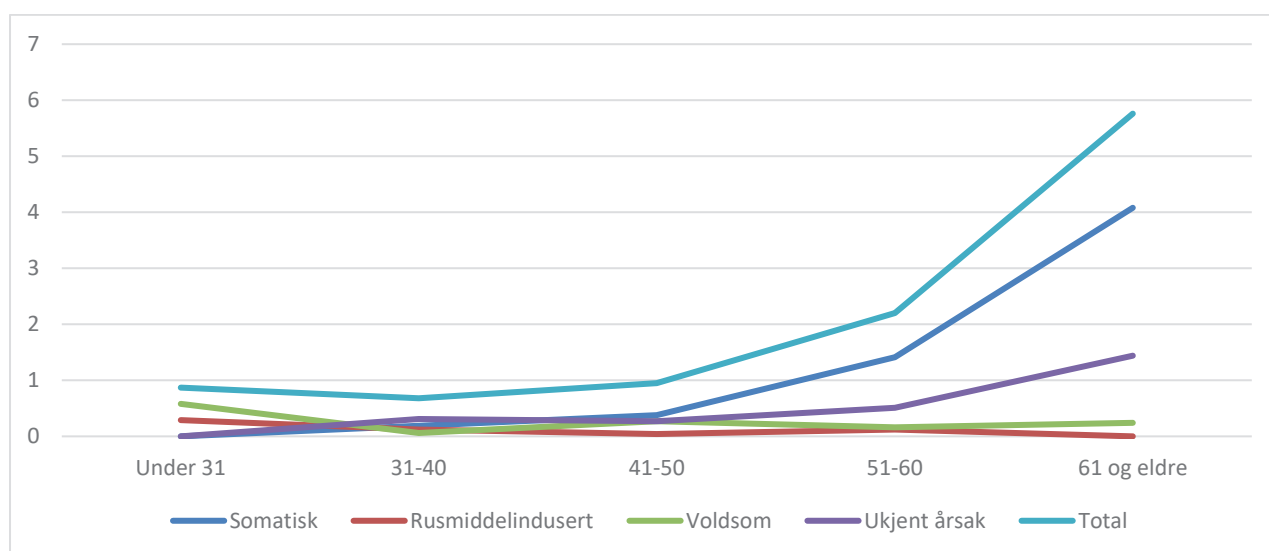
***** For ett voldsomt dødsfall var dødsårsak ikke videre spesifisert

Figur 62 viser nasjonale dødsfallsrater i ulike aldersgrupper som dødsfall per 100 personer i aktiv LAR-behandling i 2025.

Mortalitetsraten stiger særlig fra gruppen mellom 41 og 50 til gruppen mellom 51 og 60 og ytterligere til gruppen over 61 år, der den totale dødeligheten nå ligger på 5,8 % mot 4,7 % i 2024. Dette har sannsynligvis sammenheng med at gjennomsnittsalderen innenfor denne gruppen øker. Dødsfall som skyldes somatisk sykdom dominerer i gruppen over 51 år og raten stiger med økende alder.

Gjennomsnittsalderen i LAR øker og etter hvert som en større andel av pasientene blir over 50 og over 60 og over 70 år, må vi forvente en stigende dødsrate primært knyttet til dødsfall av akutt og kronisk somatisk sykdom.

Figur 62. Mortalitetsrater etter hovedgruppe av dødsårsak og aldersgruppe i 2025. Antall døde per 100 pasienter i aktiv LAR-behandling (prosent døde per år).



Overdosedødsfall

Ni (5 %) av alle innmeldte dødsfall i 2025 var overdoser. Sju skjedde under pågående LAR-medisinerings, ett mellom seks og 30 dager etter avsluttet LAR-medisinerings, mens ett skjedde etter en ukjent periode uten LAR-medisinerings. Mortalitetsraten for kjente overdoser er 0,08 % under aktiv LAR-behandling. Det er lavere enn tidligere år, men dette kan være mindre, tilfeldige svingninger. Det var 43 dødsfall med ukjent årsak og det er rimelig å anta at en større andel av disse skyldes overdose enn blant dødsfall med kjent årsak. Det er likevel grunn til å anta at overdosedødeligheten i LAR i Norge er betydelig redusert sammenlignet med tilsvarende populasjon utenfor LAR og raten for overdosedødsfall har vært særlig lav i 2024 og 2025. Problematikken rundt overdosedødsfall i LAR og LAR-medikamenter som årsak til dødsfall utenfor LAR er grundigere drøftet i Statusrapporten for 2019 ([lenke Statusrapport 2019](#)).

Dødssted

Av de 102 som døde av somatisk årsak, døde 78 (77 %) i sykehus/sykehjem og 16 (16 %) hjemme. Dette er en høyere andel i sykehus/sykehjem og lavere andel hjemme enn de foregående år. Det er grunn til å anta at svært mange av dem som dør av *kronisk* somatisk sykdom, får adekvat medisinsk behandling i livets slutfase. 16 % av dem med somatisk dødsårsak dør hjemme (17 % i 2021, 21 % i 2022, 23 % i 2023 og 26 % i 2024), dette er lavere enn snittet de senere år og det er positivt. Men det kan fremdeles også tyde på at en del som blir akutt syke og dør av *akutt* somatisk sykdom, ikke kommer under medisinsk behandling. Her kan det fremdeles ligge en mulighet for forbedring gjennom bedre rutiner for oppfølging av pasienter som blir syke.

LAR-medikamenter og doseringsnivå

49 % av de døde i 2025 brukte metadon, 30 % buprenorfin i en eller annen form, 4 % levometadon, 11 % peroral morfin og 5 % andre opioider vesentlig som palliativ behandling ved terminal sykdom. Gjennomsnittsdose blant de døde for metadon var 88,9 mg (spredning 15 mg – 180 mg), for buprenorfin smeltetabletter 15,8 mg (4 mg – 28 mg). Gjennomsnittsdosene er om lag som tidligere år.

Bruk av rusmidler siste måned før død

Blant de døde var 42 % stabilt rusfrie, 20 % hadde mindre alvorlig, 16 % alvorlig og 21 % ukjent bruk av rusmidler siste måned før død. 62 % var altså stabilt rusfrie eller hadde mindre alvorlig rusmiddelbruk. Dette viser en større andel uten eller med moderat rusmiddelbruk enn forrige år, men dette vil kunne svinge fra år til år.

Vurderinger av dødsfall i LAR

Dødeligheten i LAR i var i 2025 litt lavere enn i 2024, 2,2 % per år mot 2,3 % i 2024 for alle innmeldte dødsfall. Når vi ser på dødsfall under aktiv LAR-behandling var dødsratene de samme, 2,3 % i 2024 og 2,2 % i 2025. Ratene for de to siste årene ligger over den langsiktige trenden med økende dødelighet relatert til økende alder (Figur 61). Det er noe usikkerhet knyttet til rapporteringen fra noen helseforetak av antall pasienter i LAR ved utgangen av 2025 og vi har derfor antatt at pasientantallet har vært uendret gjennom 2025 for disse HF-ene. Dette gjør at det estimerte tallet på personer i LAR-behandling i 2025 er noe usikkert, men mest sannsynlig vil dette ikke ha større betydning for beregningen av den nasjonale mortalitetsraten.

Vi skrev i fjorårets rapport at vi ikke ut fra et enkelt år kan fastslå om dette er en tilfeldig variasjon rundt den langsiktige trendlinjen eller om det kan innvarsle en brattere trend i dødelighet etter hvert som LAR-populasjonen blir eldre. Det gjelder også når vi ser på de to siste årene. Men ut fra figuren som viser dødeligheten i de ulike aldersgruppene, ser vi at dødeligheten som skyldes somatisk sykdom øker kraftig i aldersgruppene 51–60 år og 61 år og eldre sammenlignet med de yngre gruppene og at totaldødeligheten domineres av somatiske dødsfall i disse aldersgruppene. Når flere passerer 50 og særlig 60 og 70 års alder, må vi forvente en fortsatt stigning i den totale mortalitetsraten.

Fordelingen av dødsårsaker følger stort sett det tidligere mønsteret. Somatiske dødsårsaker dominerer. Antall overdosedødsfall under LAR-behandling er på nivå med 2024 og lavere enn tidligere år, noe som bekrefter den sterke reduksjonen av alvorlige og fatale overdoser under LAR-behandling. Antallet voldsomme dødsfall er noe lavere enn i 2024 og kan tyde på at variasjoner fra år til år kan være tilfeldige svingninger. Dette gjelder også antallet selvmord, som er lavere enn i 2024 (8 i 2025 mot 13 i 2024) og mer på nivå med tidligere år.

De somatiske dødsårsakene dominerer, og de store somatiske folkesykdommene rammer folk i LAR på gruppenivå i yngre alder enn gjennomsnittet i befolkningen. Dette understreker at tiltak for oppdagelse, behandling og oppfølging av akutte og kroniske somatiske sykdommer må prioriteres. Vi må understreke at det er helsevesenets samlede oppgave og ansvar å organisere seg slik at nødvendig somatisk helsehjelp når fram til LAR-pasientene. Dette krever samarbeid mellom LAR, fastleger, kommunalt tjenesteapparat, rusinstitusjoner og somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Statusrapportene har vært en sentral kilde til kunnskap om LAR i Norge i over 20 år. Avslutningen av rapporteringen i nåværende form gir grunnlag for en samlet oppsummering av hva den har bidratt med, og hva den i mindre grad har fanget opp.

En nasjonal dugnad

Rapporteringen har vært basert på en årlig nasjonal dugnad, der behandlere og pasienter over hele landet har bidratt med data. Dette har gitt et sammenhengende, populasjonsbasert grunnlag for å følge utviklingen i LAR over tid: på enhets-, regionalt og nasjonalt nivå.

Et sentralt resultat er sammenhengende dødelighetsdata for LAR-populasjonen, som viser lavere dødelighet under behandling enn ved ubehandlet opioidavhengighet. Rapportene har også dokumentert utvikling i dekningsgrad, behandlingsretensjon, medikamentbruk, smittesituasjon og gradvis etablering av mer likeverdige tjenester. Videre har de synliggjort betydningen av brukermedvirkning og samarbeid mellom aktører.

Kunnskapsgrunnlag

Statusrapportene har vært et viktig datagrunnlag for forskning, fagutvikling og forvaltning, nasjonalt og internasjonalt. Dataene har vært brukt i studier av blant annet dødelighet, pasientgrupper, behandlingspraksis og oppfølging. Rapportene har også inngått i internasjonale sammenligninger og bidratt til kunnskapsgrunnlaget for LAR-behandling.

Statusrapporten for 2025 markerer et tidsskille. Et revidert statusskjema er utviklet på oppdrag fra Helsedirektoratet i samarbeid mellom helseregionene, brukerrepresentanter og SERAF. Formålet er å gi et mer målrettet og anvendbart datagrunnlag, både som arbeidsverktøy for tjenestene og som grunnlag for nasjonal oppfølging. Den nye modellen legger økt vekt på pasientrapporterte data, helserelatert livskvalitet og brukermedvirkning, samtidig som sentrale indikatorer videreføres for å kunne følge utviklingstrekk over tid.

Videre samarbeid

Den nasjonale dugnaden har også vært et uttrykk for et bredt faglig samarbeid. Rapporteringen har bidratt til å etablere et felles kunnskapsgrunnlag og en nasjonal arena for faglig dialog. Det er en ambisjon at dette samarbeidet videreføres i den reviderte modellen. SERAF takker alle som har bidratt med data, innspill og faglige diskusjoner gjennom årene.

VEDLEGG:

REVIDERT STATUSSKJEMA FOR 2026 - TABELLER OG STATISTIKK

Del 1 - Livssituasjon

Hva er din arbeidslivstilknytning?

- ☐ I jobb, deltid eller heltid
- ☐ I yrkesrettet rehabilitering (AAP)
- ☐ Individuell jobbstøtte (IPS)
- ☐ Under utdanning
- ☐ I sykemelding
- ☐ Ikke i jobb

Har du daglige aktiviteter som oppleves særlig meningsfull?

- ☐ Frivillighetsarbeid
- ☐ Væresteder/treffsteder
- ☐ Idrett/mosjon
- ☐ En hobby
- ☐ Omsorg for dyr
- ☐ Annet
- ☐ Nei

Hva er dine inntektskilder?

- ☐ Lønnet arbeid
- ☐ Studielån/stipend
- ☐ Sykepenger
- ☐ Arbeidsavklaringspenger (AAP)
- ☐ Uførepensjon/alderspensjon
- ☐ Ufør, men jobber frivillig og inntil 1G
- ☐ Sosialhjelp

Har du en stabil boligsituasjon?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Del 2 - Behandling og målsetning

Opplever du LAR-behandlingen som forutsigbar og stabil?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Hva er dine viktigste mål med behandlingen?

- ☐ Komme i jobb
- ☐ Ta utdanning
- ☐ Få selvstendig bosituasjon
- ☐ Bedre økonomisk situasjon
- ☐ Bedre kontakt med familie/barn og venner
- ☐ Bedre fysisk helse
- ☐ Bedre psykisk helse
- ☐ Bedre generell livskvalitet
- ☐ Etablere rusfritt nettverk
- ☐ Redusere bruk av rusmidler
- ☐ Redusere bruk av opiater

Har du en behandlingsplan i LAR?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hvilke øvrige tiltaksplaner er du involvert i for din LAR-behandling?

- ☐ Individuell plan (IP)
- ☐ Ansvarsgruppemøter
- ☐ Ingen

Er du kjent med at du har rett til å klage på LAR-behandlingen?

Alle pasienter har klagerett på LAR-behandlingen i følge pasientrettighetsloven.

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Del 3 - LAR-medikament og forskrivning

Hva er ditt LAR-medikament?

- ☐ Metadon mikstur
- ☐ Metadon tabletter
- ☐ Levopidon mikstur
- ☐ Levopidon tabletter
- ☐ Buprenorfin Sandoz
- ☐ Buprenorfin Orifarm
- ☐ Espranor (frysetørket buprenorfin)
- ☐ Bunalict Sandoz
- ☐ Zubsolv Accord
- ☐ Buvidal depotinj. (uke)
- ☐ Buvidal depotinj. (måned)
- ☐ Compensan (morfin 24t)
- ☐ Contalgin (morfin 24t)
- ☐ Dolcontin (morfin 12t)
- ☐ Farmasøytisk heroin (HAB)
- ☐ Sixmo (implantat 6mnd)
- ☐ Annet (spesifiser)

Hva er din dosering?

I hvilken grad opplever du bivirkninger knyttet til LAR-medikamentet?

Ingen bivirkninger

Kraftige bivirkninger



-

Spesifiser eventuelle bivirkninger du opplever med ditt LAR-medikament

Ønsker du å bytte LAR-medikament?

☐ Ja

☐ Nei

Totalt sett, hvor fornøyd er du med LAR-medikamentet?

Svært misfornøyd

Svært fornøyd

A horizontal Likert scale with six tick marks. The first five are on a line, and the sixth is on a separate box containing a minus sign.

Hvem skriver vanligvis ut ditt LAR-medikament?

- ☐ Lege ansatt i LAR-tiltak
- ☐ Fastlege
- ☐ Annen lege

Hvor mottar du vanligvis LAR-medikamentet?

- ☐ Apotek
- ☐ Ved LAR-enheten/spesialisthelsetjenesten
- ☐ Fastlegekontor
- ☐ Kommunal helsetjeneste
- ☐ Institusjon/bosenter/fengsel

Hva slags utleveringsordning har du for LAR-medikamentet?

- ☐ Daglig utlevering
- ☐ 2-3 daglige utleveringer per uke
- ☐ 4-5 daglige utleveringer per uke
- ☐ Ukentlig
- ☐ Annenhver uke
- ☐ En gang i måneden
- ☐ Injeksjon med depotmedikament

Får du utskrevet benzodiazepiner?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Får du utskrevet tilleggsmedisin/smertelindring?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Ukjent

Del 4 - Helserelatert livskvalitet

Under hver overskrift ber vi deg krysse av det ENE alternativet som best beskriver din helse for tiden. Skjemaet er et standardisert EQ-5D skjema som måler fysisk og psykisk helse.

Mobilitet

I hvilken grad kan du fysisk bevege deg?

- ☐ Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- ☐ Jeg har litt problemer med å gå omkring
- ☐ Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- ☐ Jeg har store problemer med å gå omkring
- ☐ Jeg er ute av stand til å gå omkring

Personlig stell

- ☐ Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg
- ☐ Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- ☐ Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- ☐ Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- ☐ Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

Vanlige gjøremål

(f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- ☐ Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- ☐ Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- ☐ Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- ☐ Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- ☐ Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

Smerter/ubehag

- ☐ Jeg har verken smerter eller ubehag
- ☐ Jeg har litt smerter eller ubehag
- ☐ Jeg har middels sterke smerter eller ubehag
- ☐ Jeg har sterke smerter eller ubehag
- ☐ Jeg har svært sterke smerter eller ubehag

Angst/depresjon

- ☐ Jeg er verken engstelig eller deprimert
- ☐ Jeg er litt engstelig eller deprimert
- ☐ Jeg er middels engstelig eller deprimert
- ☐ Jeg er svært engstelig eller deprimert
- ☐ Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er I DAG.

Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100. 100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.

0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.

Den dårligste helsen
du kan tenke deg

Den beste helsen du
kan tenke deg



Har du det siste året hatt en alvorlig endring i din helsetilstand?

Endringen i helsetilstand trenger ikke være knyttet til LAR-behandlingen

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Har du det siste året hatt behov for tettere oppfølging knyttet til rusutfordringer?

☐ Ja

☐ Nei

Bruker du tobakksprodukter?

☐ Nei

☐ Bruker innimellom

☐ Regelmessig bruk

Del 5 - Behandlingstilfredshet

I hvilken grad opplever du at din(e) primære behandler(e) i LAR møter deg med respekt og forståelse?

I svært liten grad

I svært stor grad



A horizontal scale with six tick marks. Below the tick marks is a horizontal line. To the right of the line is a square box containing a minus sign (-).

I hvilken grad opplever du å bli involvert i beslutninger om egen behandling i LAR?

I svært liten grad

I svært stor grad



A horizontal scale with six tick marks. Below the tick marks is a horizontal line. To the right of the line is a square box containing a minus sign (-).

I hvilken grad opplever du at du får den oppfølgingen du trenger fra LAR-tjenesten?

I svært liten grad

I svært stor grad



A horizontal scale with six tick marks. Below the tick marks is a horizontal line. To the right of the line is a square box containing a minus sign (-).

I hvilken grad opplever du at du får tilstrekkelig informasjon om behandlingen din?

I svært liten grad

I svært stor grad

A horizontal scale with six tick marks, representing a range from 'I svært liten grad' to 'I svært stor grad'. The scale is a thin blue line with vertical tick marks at regular intervals.

I hvilken grad opplever du at LAR-behandlingen hjelper deg i hverdagen?

I svært liten grad

I svært stor grad

A horizontal scale with six tick marks, representing a range from 'I svært liten grad' to 'I svært stor grad'. The scale is a thin blue line with vertical tick marks at regular intervals.

Alt i alt, hvor tilfreds er du med LAR-behandling?

Svært misfornøyd

Svært fornøyd

A horizontal scale with six tick marks, representing a range from 'Svært misfornøyd' to 'Svært fornøyd'. The scale is a thin blue line with vertical tick marks at regular intervals.

Hvem har fylt ut skjemaet?

- ☐ Pasient
- ☐ Pasient fysisk til stede sammen med behandler
- ☐ Pasient sammen med behandler over telefon
- ☐ Behandler uten pasient
- ☐ Andre

Generelle kommentarer

Norge og regionene

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	697	98	1817	1568	1205	5385
Svarprosent	95 %	14 %	90 %	73 %	41 %	75 %
Kjønn						
Menn	67,4 %	73,5 %	70,0 %	69,2 %	67,2 %	68,9 %
Kvinner	32,6 %	26,5 %	30,0 %	30,8 %	32,8 %	31,1 %
Alder (gjennomsnitt)	47,5	46,5	49,6	48,3	49,8	49,0

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,8 %	98,0 %	97,3 %	99,1 %	98,2 %	98,2 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	1,0 %	0,4 %	0,2 %	0,8 %	0,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,1 %	1,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet	0,1 %	0,0 %	1,5 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	78,1 %	80,6 %	83,5 %	82,1 %	86,3 %	83,0 %
1. Heltidsjobb	12,4 %	9,2 %	9,1 %	10,0 %	6,2 %	9,1 %
2. Deltidsjobb	6,8 %	8,2 %	4,8 %	5,2 %	4,8 %	5,2 %
3. Under utdanning	0,7 %	1,0 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,1 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %
9. Ukjent	1,7 %	1,0 %	0,9 %	1,3 %	1,0 %	1,2 %

b. Arbeidstrening/kurs

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

c. Dagtilbud

0. Nei	90,5 %	74,5 %	78,3 %	80,8 %	81,2 %	81,2 %
1. Ja	6,1 %	15,3 %	18,7 %	14,2 %	16,3 %	15,1 %
9. Ukjent	3,5 %	10,2 %	3,0 %	5,0 %	2,6 %	3,7 %

A2. Viktigste inntekt

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
1. Arbeidsinntekt	13,4 %	13,4 %	9,6 %	11,2 %	7,1 %	10,1 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	1,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
3. Dagpenger	0,6 %	1,0 %	0,3 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %
4. Sykepenger	0,7 %	1,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
5. AAP	9,5 %	6,2 %	9,9 %	10,7 %	11,5 %	10,4 %
6. Uførr/pensjon	71,0 %	70,1 %	71,8 %	65,5 %	73,0 %	70,1 %
7. Pensjonist	0,0 %	3,1 %	3,9 %	2,0 %	3,4 %	2,7 %
8. Sosial stønad	1,6 %	1,0 %	1,7 %	3,8 %	2,0 %	2,3 %
9. Studielån	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
10. Annet/ukjent	3,2 %	3,1 %	2,4 %	5,5 %	2,0 %	3,3 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,0 %	4,1 %	2,1 %	3,7 %	1,7 %	2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,9 %	2,1 %	1,3 %	3,5 %	1,1 %	2 %
2. Institusjon	3,9 %	1,0 %	4,0 %	3,3 %	4,2 %	4 %
3. Fengsel	0,4 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1 %
4. Hos foreldre	2,3 %	3,1 %	3,4 %	4,4 %	4,1 %	4 %
5. Hos andre	1,6 %	0,0 %	3,2 %	1,9 %	4,1 %	3 %
6. Egen bolig	87,6 %	86,6 %	83,0 %	80,7 %	82,3 %	83 %
10. Annet / Ukjent	2,3 %	2,1 %	1,9 %	1,5 %	1,3 %	2 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	89,0 %	79,6 %	91,2 %	81,6 %	87,9 %	87,2 %
1. Smittet	1,0 %	0,0 %	0,9 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %
9. Ukjent	10,0 %	20,4 %	7,9 %	17,2 %	11,0 %	11,8 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	43,4 %	52,0 %	44,4 %	43,7 %	44,6 %	44,2 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	37,4 %	23,5 %	37,8 %	30,1 %	35,4 %	34,7 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	5,8 %	2,0 %	3,7 %	5,1 %	4,2 %	4,5 %
9. Ukjent hepatitt C-status	13,4 %	22,4 %	14,1 %	21,1 %	15,7 %	16,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	19,5 %	24,7 %	25,9 %	22,8 %	30,7 %	25,2 %
1. Buprenorfin (Subutex)	32,9 %	39,2 %	34,8 %	51,2 %	29,8 %	38,3 %
1a. Buprenorfin depot 1uke	28,4 %	1,0 %	3,0 %	2,6 %	1,6 %	5,8 %
1b. Buprenorfin 4 uker	0,1 %	13,4 %	24,8 %	9,1 %	23,3 %	16,5 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	8,2 %	9,3 %	3,7 %	1,1 %	1,9 %	3,2 %
3. SROM	7,4 %	6,2 %	5,2 %	8,4 %	5,6 %	6,5 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	3,9 %	1,4 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
5. Andre	3,2 %	6,2 %	2,0 %	2,4 %	2,9 %	2,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	0,5 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	81,9	91,0	87,6	96,9	88,9	89,9
1. Buprenofin (Subutex)	14,8	15,6	14,6	14,1	13,7	14,3
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	15,4	16,0	12,0	11,4	15,5	13,7

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	66,2 %	74,7 %	75,2 %	95,5 %	67,1 %	78,2 %
1. Fastlege	31,5 %	24,2 %	22,8 %	4,1 %	30,8 %	20,3 %
2. Annen lege	1,7 %	1,1 %	1,5 %	0,2 %	1,4 %	1,1 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,7 %	0,4 %

A9. Spesielle forhold

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	58,9 %	34,0 %	56,5 %	54,4 %	55,9 %	55,6 %
1. Ja	39,4 %	57,7 %	39,7 %	42,4 %	40,3 %	40,9 %
9. Ukjent	1,7 %	8,2 %	3,7 %	3,2 %	3,8 %	3,4 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	97,3 %	80,4 %	92,9 %	92,0 %	92,3 %	92,8 %
1. Ja	1,7 %	9,3 %	3,5 %	3,9 %	5,3 %	3,9 %
9. Ukjent	1,0 %	10,3 %	3,6 %	4,1 %	2,4 %	3,3 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,2	2,0	2,7	2,9	3,4	2,8
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	26,3 %	11,5 %	27,2 %	44,4 %	28,0 %	32,0 %
1. Apotek	40,8 %	42,7 %	34,8 %	28,3 %	40,8 %	35,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	25,4 %	36,5 %	31,7 %	17,3 %	25,0 %	25,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,0 %	2,1 %	4,5 %	4,8 %	4,6 %	4,4 %
4. Legekontor	2,6 %	4,2 %	0,9 %	3,3 %	0,8 %	1,9 %
10. Annet	1,3 %	1,0 %	0,7 %	1,7 %	0,5 %	1,0 %
9. Ukjent	0,6 %	2,1 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %

A11. Urin/spyttprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen prøver	46,9 %	49,5 %	52,0 %	51,7 %	53,4 %	51,5 %
1. Stikkprøver	31,9 %	30,9 %	26,5 %	20,3 %	31,8 %	26,6 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
2. Regelmessig prøvetaking	19,5 %	15,5 %	20,2 %	26,0 %	11,5 %	19,8 %
9. Ukjent	1,7 %	4,1 %	1,3 %	2,0 %	3,3 %	2,1 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2

B. SISTE FIRE UKER FØR

UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	71,7 %	63,9 %	66,6 %	65,6 %	68,1 %	67,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	24,2 %	25,8 %	29,8 %	28,6 %	27,9 %	28,2 %
9. Ikke avtalt	4,0 %	10,3 %	3,6 %	5,8 %	4,0 %	4,5 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	51,7 %	76,0 %	85,2 %	95,5 %	90,7 %	85,0 %
1. Overført	47,7 %	21,9 %	14,1 %	4,0 %	8,4 %	14,3 %
9. Annet / Ukjent	0,6 %	2,1 %	0,7 %	0,5 %	0,9 %	0,7 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	34,3 %	61,9 %	47,4 %	47,7 %	43,3 %	45,1 %
1. Ja	54,7 %	33,0 %	47,7 %	45,2 %	50,1 %	48,1 %
9. Ukjent	11,0 %	5,2 %	5,0 %	7,1 %	6,6 %	6,7 %

d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?

0. Nei	81,0 %	79,4 %	79,9 %	75,7 %	75,7 %	77,8 %
1. Ja	13,1 %	15,5 %	15,9 %	17,2 %	20,4 %	16,9 %
9. Ukjent	5,9 %	5,2 %	4,3 %	7,1 %	3,9 %	5,3 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	75,8 %	79,6 %	80,0 %	69,6 %	76,1 %	75,5 %
1. Ja	12,4 %	8,2 %	6,2 %	11,4 %	14,4 %	10,4 %
9. Ukjent	11,8 %	12,2 %	13,8 %	19,0 %	9,5 %	14,1 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	82,3 %	76,5 %	69,8 %	77,1 %	70,7 %	73,8 %
1. Ja	11,5 %	19,4 %	29,0 %	19,7 %	28,7 %	23,8 %
9. Ukjent	6,2 %	4,1 %	1,2 %	3,2 %	0,6 %	2,3 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	72,3 %	54,1 %	75,3 %	61,6 %	74,4 %	70,4 %
1. Ja	11,0 %	28,6 %	12,2 %	11,6 %	12,9 %	12,3 %
9. Ukjent	16,7 %	17,3 %	12,5 %	26,8 %	12,7 %	17,3 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	62,5 %	49,0 %	64,2 %	53,6 %	67,6 %	61,4 %
1. Ja	21,4 %	32,7 %	23,9 %	19,9 %	19,6 %	21,6 %
9. Ukjent	16,2 %	18,4 %	11,9 %	26,5 %	12,8 %	17,0 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	78,9 %	75,5 %	81,1 %	69,2 %	81,7 %	77,4 %
1. Ja	5,3 %	4,1 %	7,0 %	5,4 %	5,8 %	6,0 %
9. Ukjent	15,8 %	20,4 %	11,8 %	25,3 %	12,4 %	16,6 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	48,3 %	27,1 %	47,6 %	37,8 %	43,8 %	43,6 %
1. Ja	36,0 %	56,3 %	40,7 %	38,1 %	46,8 %	41,0 %
9. Ukjent	15,8 %	16,7 %	11,7 %	24,1 %	9,4 %	15,4 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	78,6 %	74,0 %	78,8 %	67,8 %	79,3 %	75,6 %
1. Ja	5,3 %	5,2 %	8,6 %	5,9 %	5,7 %	6,7 %
9. Ukjent	16,0 %	20,8 %	12,6 %	26,2 %	15,0 %	17,7 %
b. Cannabis						
0. Nei	58,2 %	44,8 %	55,0 %	45,9 %	55,0 %	52,6 %
1. Ja	24,9 %	35,4 %	32,1 %	29,2 %	28,9 %	29,7 %
9. Ukjent	16,9 %	19,8 %	12,8 %	25,0 %	16,1 %	17,7 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	59,2 %	70,5 %	65,9 %	52,4 %	64,0 %	60,8 %
1. Ja	26,3 %	9,5 %	19,9 %	21,8 %	17,5 %	20,6 %
9. Ukjent	14,5 %	20,0 %	14,2 %	25,8 %	18,5 %	18,7 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	72,4 %	67,7 %	69,8 %	57,2 %	68,9 %	66,2 %
1. Ja	10,7 %	12,5 %	16,7 %	17,7 %	13,9 %	15,5 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
9. Ukjent	16,9 %	19,8 %	13,5 %	25,1 %	17,2 %	18,2 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	75,4 %	71,9 %	75,1 %	65,0 %	72,0 %	71,5 %
1. Ja	6,6 %	6,3 %	10,1 %	6,9 %	10,5 %	8,7 %
9. Ukjent	17,9 %	21,9 %	14,8 %	28,1 %	17,5 %	19,8 %

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

0. Aldri	48,8 %	41,7 %	43,4 %	35,5 %	43,7 %	41,8 %
1. Få enkeltepisoder	13,7 %	17,7 %	17,7 %	18,9 %	16,8 %	17,3 %
2. Regelmessig bruk	21,0 %	21,9 %	28,1 %	23,1 %	26,7 %	25,3 %
9. Ukjent	16,5 %	18,8 %	10,8 %	22,5 %	12,9 %	15,5 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,2 %	47,4 %	50,1 %	44,9 %	49,8 %	49,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,9 %	18,9 %	19,9 %	20,7 %	21,7 %	20,1 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,6 %	13,7 %	18,9 %	11,8 %	15,2 %	15,0 %
9. Ukjent	17,3 %	20,0 %	11,1 %	22,6 %	13,4 %	15,9 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	78,5 %	72,4 %	78,9 %	68,1 %	78,3 %	75,5 %
1. Ja	6,6 %	12,2 %	6,2 %	6,8 %	6,1 %	6,5 %
9. Ukjent	14,9 %	15,3 %	14,9 %	25,1 %	15,5 %	18,0 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	82,8 %	82,7 %	84,9 %	75,6 %	85,1 %	81,9 %
1. Ja	4,6 %	5,1 %	5,6 %	6,6 %	4,1 %	5,4 %
9. Ukjent	12,6 %	12,2 %	9,5 %	17,9 %	10,8 %	12,7 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	83,5 %	80,6 %	87,5 %	74,6 %	87,6 %	83,1 %
1. Ja	2,9 %	6,1 %	2,0 %	1,3 %	1,2 %	1,8 %
9. Ukjent	13,6 %	13,3 %	10,5 %	24,1 %	11,1 %	15,0 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	37,6 %	37,8 %	35,2 %	29,7 %	38,1 %	34,6 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	19,8 %	26,5 %	22,8 %	23,8 %	21,2 %	22,4 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,2 %	23,5 %	33,0 %	25,8 %	29,4 %	29,3 %
9. Ukjent	14,5 %	12,2 %	9,0 %	20,7 %	11,3 %	13,7 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	58,7 %	62,2 %	66,0 %	53,5 %	66,1 %	61,4 %
1. Både-og	14,0 %	15,3 %	12,9 %	12,7 %	13,4 %	13,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,2 %	1,0 %	2,1 %	2,9 %	2,8 %	3,0 %
9. Ukjent	21,1 %	21,4 %	19,0 %	30,8 %	17,7 %	22,4 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	72,0 %	70,0 %	73,0 %	63,2 %	78,0 %	71,1 %
1. Både-og	20,2 %	24,4 %	22,5 %	30,6 %	17,0 %	23,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,3 %	3,3 %	2,5 %	2,4 %	1,8 %	2,4 %
9. Ukjent	4,5 %	2,2 %	1,9 %	3,8 %	3,3 %	3,1 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	81,6 %	77,3 %	89,3 %	74,9 %	88,2 %	83,7 %
1. Ja	12,1 %	20,6 %	7,1 %	13,1 %	7,7 %	9,9 %
9. Ukjent	6,2 %	2,1 %	3,6 %	12,1 %	4,1 %	6,5 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	24,0 %	20,4 %	24,9 %	30,4 %	28,2 %	27,0 %
1. Ja	74,9 %	79,6 %	75,0 %	63,2 %	71,6 %	70,9 %
9. Ukjent	1,2 %	0,0 %	0,1 %	6,4 %	0,2 %	2,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	86,0 %	85,6 %	80,3 %	86,7 %	73,3 %	81,4 %
1. Ja	13,3 %	12,4 %	19,6 %	6,8 %	25,5 %	16,3 %
9. Ukjent	0,7 %	2,1 %	0,1 %	6,5 %	1,2 %	2,3 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	97,1 %	92,8 %	90,5 %	91,3 %	84,3 %	90,3 %
1. Ja	2,0 %	5,2 %	9,2 %	2,2 %	14,2 %	7,3 %
9. Ukjent	0,9 %	2,1 %	0,2 %	6,5 %	1,5 %	2,5 %

Sør

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
Antall svar	374	335	131	336	641	1817
Svarprosent	89,3 %	97,4 %	46,0 %	101,5 %	101,9 %	90,5 %
Kjønn						
Menn	67,6 %	71,9 %	71,0 %	74,4 %	68,0 %	70,0 %
Kvinner	32,4 %	28,1 %	29,0 %	25,6 %	32,0 %	30,0 %
Alder (gjennomsnitt)	49,3	50,3	49,7	50,8	48,8	49,6

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,9 %	97,3 %	97,7 %	99,4 %	95,2 %	97,3 %
1. Eget ønske om avvenning	0,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	1,2 %	0,8 %	0,0 %	1,1 %	0,7 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
10. Annet	0,5 %	1,5 %	0,8 %	0,6 %	2,7 %	1,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	81,0 %	83,6 %	84,0 %	83,6 %	84,9 %	83,5 %
1. Heltidsjobb	9,1 %	7,5 %	10,7 %	11,3 %	8,4 %	9,1 %
2. Deltidsjobb	5,9 %	6,6 %	3,1 %	3,0 %	4,7 %	4,8 %
3. Under utdanning	1,3 %	1,2 %	1,5 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
9. Ukjent	2,1 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,9 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	90,9 %	87,5 %	81,7 %	95,8 %	90,8 %	90,5 %
1. Ja	4,0 %	11,0 %	10,7 %	2,1 %	7,3 %	6,6 %
9. Ukjent	5,1 %	1,5 %	7,6 %	2,1 %	1,9 %	2,9 %

c. Dagtilbud

0. Nei	82,6 %	71,3 %	80,2 %	82,7 %	76,8 %	78,3 %
1. Ja	12,6 %	27,2 %	13,0 %	14,6 %	21,1 %	18,7 %
9. Ukjent	4,8 %	1,5 %	6,9 %	2,7 %	2,2 %	3,0 %

A2. Viktigste inntekt

1. Arbeidsinntekt	9,9 %	8,1 %	10,7 %	12,8 %	8,4 %	9,6 %
2. Forsørget av andre	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
3. Dagpenger	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
4. Sykepenger	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
5. AAP	17,6 %	6,3 %	9,2 %	3,3 %	10,9 %	9,9 %
6. Ufør/pensjon	58,3 %	78,5 %	67,2 %	74,1 %	76,0 %	71,8 %
7. Pensjonist	4,8 %	2,7 %	6,9 %	4,8 %	2,8 %	3,9 %
8. Sosial stønad	2,9 %	0,9 %	3,8 %	2,1 %	0,6 %	1,7 %
9. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet/ukjent	4,8 %	3,0 %	0,0 %	2,4 %	1,1 %	2,4 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,3 %	1,5 %	0,0 %	3,3 %	2,8 %	2,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,2 %	0,6 %	3,1 %	0,0 %	0,8 %	1,3 %
2. Institusjon	4,3 %	7,2 %	10,7 %	2,7 %	1,6 %	4,0 %
3. Fengsel	1,1 %	1,2 %	0,8 %	1,5 %	0,9 %	1,1 %
4. Hos foreldre	3,2 %	2,7 %	2,3 %	2,4 %	4,5 %	3,4 %
5. Hos andre	4,0 %	0,9 %	2,3 %	7,4 %	1,9 %	3,2 %
6. Egen bolig	79,7 %	84,8 %	77,1 %	81,5 %	86,0 %	83,0 %
10. Annet / Ukjent	3,2 %	1,2 %	3,8 %	1,2 %	1,6 %	1,9 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	85,0 %	93,4 %	97,7 %	93,5 %	91,1 %	91,2 %
1. Smittet	1,6 %	0,9 %	0,0 %	0,9 %	0,8 %	0,9 %
9. Ukjent	13,4 %	5,7 %	2,3 %	5,7 %	8,1 %	7,9 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	44,7 %	40,9 %	38,2 %	45,2 %	47,0 %	44,4 %
1. Tidligere behandlet	32,1 %	43,3 %	29,8 %	41,1 %	38,2 %	37,8 %
2. HepC positiv	1,9 %	4,5 %	3,8 %	2,7 %	4,8 %	3,7 %
9. Ukjent hepatitt C-status	21,4 %	11,3 %	28,2 %	11,0 %	10,0 %	14,1 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	19,0 %	39,1 %	34,4 %	21,7 %	23,4 %	25,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	36,9 %	21,2 %	32,8 %	39,0 %	38,8 %	34,8 %
1a. Buprenorfin depot 1 uke	6,4 %	1,5 %	2,3 %	2,7 %	2,0 %	3,0 %
1b. Buprenorfin depot 4 uker	26,2 %	20,9 %	22,1 %	25,3 %	26,2 %	24,8 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	5,3 %	3,6 %	1,5 %	5,7 %	2,2 %	3,7 %
3. SROM	2,9 %	8,4 %	5,3 %	3,9 %	5,6 %	5,2 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	0,5 %	5,4 %	1,5 %	1,2 %	1,6 %	2,0 %
9. Ukjent	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,2 %	0,7 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
0. Metadon	92,3	85,9	81,6	81,5	91,6	87,6
1. Buprenofin (Subutex)	16,4	12,4	14,1	12,0	15,7	14,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,8	11,0	16,0	9,0	14,0	12,0

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	80,7 %	29,6 %	43,5 %	95,2 %	91,9 %	75,2 %
1. Fastlege	15,8 %	67,8 %	51,9 %	4,5 %	7,2 %	22,8 %
2. Annen lege	2,1 %	2,4 %	4,6 %	0,3 %	0,6 %	1,5 %
9. Ukjent	1,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %

A9. Spesielle forhold

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	63,1 %	54,0 %	53,4 %	56,5 %	54,6 %	56,5 %
1. Ja	31,8 %	45,4 %	45,0 %	42,6 %	38,8 %	39,7 %
9. Ukjent	5,1 %	0,6 %	1,5 %	0,9 %	6,6 %	3,7 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	90,9 %	96,1 %	97,7 %	95,8 %	89,9 %	92,9 %
1. Ja	4,3 %	3,3 %	1,5 %	2,4 %	4,1 %	3,5 %
9. Ukjent	4,8 %	0,6 %	0,8 %	1,8 %	6,1 %	3,6 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

3,3	3,9	2,7	2,2	2,3	2,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket

2,8	3,9	2,3	2,0	2,4	2,6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	64,2 %	4,8 %	23,7 %	17,0 %	23,4 %	27,2 %
1. Apotek	13,9 %	40,6 %	56,5 %	31,5 %	41,2 %	34,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	16,0 %	43,6 %	12,2 %	46,4 %	30,9 %	31,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,7 %	8,4 %	7,6 %	3,6 %	2,7 %	4,5 %
4. Legekontor	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,3 %	1,2 %	0,9 %
10. Annet	1,3 %	0,6 %	0,0 %	0,9 %	0,5 %	0,7 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %

A11. Urin/spyttprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen prøver	52,9 %	34,6 %	70,2 %	44,3 %	60,8 %	52,0 %
1. Stikkprøver	33,7 %	29,0 %	22,1 %	33,0 %	18,4 %	26,5 %
2. Regelmessig prøvetaking	11,0 %	35,5 %	5,3 %	20,5 %	20,4 %	20,2 %
9. Ukjent	2,4 %	0,9 %	2,3 %	2,1 %	0,3 %	1,3 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2

B. SISTE FIRE UKER FØR

UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	64,4 %	71,9 %	82,4 %	59,2 %	65,8 %	66,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	31,6 %	26,3 %	16,0 %	38,1 %	29,0 %	29,8 %
9. Ikke avtalt	4,0 %	1,8 %	1,5 %	2,7 %	5,1 %	3,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	93,9 %	94,3 %	58,8 %	95,5 %	75,4 %	85,2 %
1. Overført	4,3 %	5,7 %	40,5 %	3,9 %	24,3 %	14,1 %
9. Annet / Ukjent	1,9 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %	0,3 %	0,7 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	49,2 %	61,2 %	38,2 %	45,5 %	42,0 %	47,4 %
1. Ja	46,3 %	34,9 %	60,3 %	47,6 %	52,6 %	47,7 %
9. Ukjent	4,5 %	3,9 %	1,5 %	6,8 %	5,5 %	5,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk/ psykologisk behandling?

0. Nei	75,1 %	81,5 %	74,0 %	78,3 %	83,8 %	79,9 %
1. Ja	19,5 %	14,6 %	25,2 %	17,6 %	11,5 %	15,9 %
9. Ukjent	5,3 %	3,9 %	0,8 %	4,2 %	4,7 %	4,3 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	75,7 %	86,9 %	77,1 %	92,0 %	73,3 %	80,0 %
1. Ja	11,2 %	3,3 %	6,9 %	1,8 %	7,0 %	6,2 %
9. Ukjent	13,1 %	9,9 %	16,0 %	6,3 %	19,7 %	13,8 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	77,0 %	53,7 %	70,2 %	77,1 %	70,0 %	69,8 %
1. Ja	21,1 %	46,3 %	26,7 %	20,5 %	29,5 %	29,0 %
9. Ukjent	1,9 %	0,0 %	3,1 %	2,4 %	0,5 %	1,2 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	71,9 %	71,3 %	88,5 %	77,4 %	75,7 %	75,3 %
1. Ja	15,8 %	13,4 %	6,1 %	9,8 %	11,9 %	12,2 %
9. Ukjent	12,3 %	15,2 %	5,3 %	12,8 %	12,5 %	12,5 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	62,0 %	57,6 %	77,9 %	61,6 %	67,6 %	64,2 %
1. Ja	27,0 %	28,7 %	16,0 %	25,6 %	20,3 %	23,9 %
9. Ukjent	11,0 %	13,7 %	6,1 %	12,8 %	12,2 %	11,9 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	83,7 %	78,2 %	87,0 %	79,5 %	80,8 %	81,1 %
1. Ja	5,6 %	7,5 %	7,6 %	8,3 %	6,9 %	7,0 %
9. Ukjent	10,7 %	14,3 %	5,3 %	12,2 %	12,3 %	11,8 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	49,5 %	49,3 %	49,6 %	45,8 %	46,0 %	47,6 %
1. Ja	39,8 %	39,1 %	48,1 %	39,9 %	41,0 %	40,7 %
9. Ukjent	10,7 %	11,6 %	2,3 %	14,3 %	12,9 %	11,7 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	77,0 %	80,0 %	77,1 %	83,0 %	77,2 %	78,8 %
1. Ja	15,8 %	8,1 %	13,0 %	4,5 %	6,1 %	8,6 %
9. Ukjent	7,2 %	11,9 %	9,9 %	12,5 %	16,7 %	12,6 %
b. Cannabis						
0. Nei	55,1 %	51,9 %	70,2 %	52,4 %	54,9 %	55,0 %
1. Ja	35,3 %	35,8 %	16,8 %	35,1 %	30,0 %	32,1 %
9. Ukjent	9,6 %	12,2 %	13,0 %	12,5 %	15,1 %	12,8 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	66,8 %	62,1 %	69,5 %	67,0 %	66,0 %	65,9 %
1. Ja	23,8 %	23,0 %	16,0 %	19,3 %	17,2 %	19,9 %
9. Ukjent	9,4 %	14,9 %	14,5 %	13,7 %	16,8 %	14,2 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	67,4 %	67,8 %	71,0 %	71,4 %	71,3 %	69,8 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
1. Ja	21,9 %	17,6 %	13,0 %	17,0 %	13,7 %	16,7 %
9. Ukjent	10,7 %	14,6 %	16,0 %	11,6 %	15,0 %	13,5 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	76,5 %	71,0 %	71,0 %	76,5 %	76,6 %	75,1 %
1. Ja	13,4 %	11,0 %	14,5 %	11,0 %	6,2 %	10,1 %
9. Ukjent	10,2 %	17,9 %	14,5 %	12,5 %	17,2 %	14,8 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	46,5 %	37,3 %	43,5 %	44,0 %	44,5 %	43,4 %
1. Få enkeltepisoder	18,2 %	15,2 %	30,5 %	18,5 %	15,8 %	17,7 %
2. Regelmessig bruk	29,4 %	34,0 %	19,1 %	25,3 %	27,5 %	28,1 %
9. Ukjent	5,9 %	13,4 %	6,9 %	12,2 %	12,3 %	10,8 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,3 %	44,8 %	53,4 %	51,8 %	49,0 %	50,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	18,4 %	18,8 %	27,5 %	21,7 %	18,7 %	19,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	19,8 %	23,3 %	13,0 %	15,5 %	19,0 %	18,9 %
9. Ukjent	7,5 %	13,1 %	6,1 %	11,0 %	13,3 %	11,1 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	82,6 %	73,1 %	80,9 %	83,3 %	77,1 %	78,9 %
1. Ja	5,6 %	6,6 %	9,2 %	5,7 %	5,9 %	6,2 %
9. Ukjent	11,8 %	20,3 %	9,9 %	11,0 %	17,0 %	14,9 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	84,0 %	84,8 %	95,4 %	88,7 %	81,4 %	84,9 %
1. Ja	7,5 %	5,7 %	2,3 %	3,0 %	6,4 %	5,6 %
9. Ukjent	8,6 %	9,6 %	2,3 %	8,3 %	12,2 %	9,5 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	88,8 %	87,2 %	95,4 %	88,7 %	84,7 %	87,5 %
1. Ja	2,1 %	1,5 %	3,1 %	1,5 %	2,3 %	2,0 %
9. Ukjent	9,1 %	11,3 %	1,5 %	9,8 %	12,9 %	10,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet	Region
0. Aldri	37,7 %	30,1 %	40,5 %	36,6 %	34,5 %	35,2 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	21,1 %	20,9 %	35,1 %	23,2 %	22,0 %	22,8 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	33,7 %	40,0 %	19,8 %	28,9 %	33,9 %	33,0 %
9. Ukjent	7,5 %	9,0 %	4,6 %	11,3 %	9,7 %	9,0 %
C5. Fornøydhet						
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	69,5 %	57,2 %	66,4 %	69,3 %	66,7 %	66,0 %
1. Både-og	16,6 %	8,3 %	24,8 %	11,1 %	11,8 %	12,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,4 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %	2,1 %	2,1 %
9. Ukjent	9,5 %	33,3 %	8,8 %	18,3 %	19,5 %	19,0 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	71,1 %	76,9 %	64,0 %	72,7 %	74,1 %	73,0 %
1. Både-og	22,4 %	17,2 %	32,0 %	26,1 %	21,6 %	22,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,8 %	2,2 %	1,6 %	0,9 %	2,5 %	2,5 %
9. Ukjent	1,7 %	3,7 %	2,4 %	0,3 %	1,8 %	1,9 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?						
0. Nei	85,3 %	83,9 %	89,3 %	89,0 %	94,7 %	89,3 %
1. Ja	11,8 %	10,1 %	9,2 %	6,8 %	2,5 %	7,1 %
9. Ukjent	2,9 %	6,0 %	1,5 %	4,2 %	2,8 %	3,6 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						
0. Nei	19,0 %	37,6 %	27,5 %	23,8 %	21,8 %	24,9 %
1. Ja	81,0 %	61,8 %	72,5 %	76,2 %	78,2 %	75,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
b. Medarbeider						
0. Nei	90,1 %	59,7 %	68,7 %	83,9 %	85,8 %	80,3 %
1. Ja	9,9 %	40,0 %	30,5 %	16,1 %	14,2 %	19,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	99,2 %	74,9 %	81,7 %	93,2 %	94,1 %	90,5 %
1. Ja	0,8 %	24,5 %	16,8 %	6,8 %	5,9 %	9,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %

Vest

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
Antall svar	743	470	57	297	1568
Svarprosent	66,0 %	76,8 %	54,3 %	102,1 %	73,5 %
Kjønn					
Menn	70,5 %	67,4 %	78,9 %	67,3 %	69,2 %
Kvinner	29,5 %	32,6 %	21,1 %	32,7 %	30,8 %
Alder (gjennomsnitt)	48,0	47,6	46,6	50,6	48,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,9 %	99,4 %	98,2 %	99,3 %	99,1 %
1. Eget ønske om avvenning	0,1 %	0,2 %	1,8 %	0,0 %	0,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
10. Annet	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	84,5 %	80,4 %	66,7 %	81,8 %	82,1 %
1. Heltidsjobb	6,5 %	13,8 %	15,8 %	11,8 %	10,0 %
2. Deltidsjobb	5,4 %	4,0 %	12,3 %	5,1 %	5,2 %
3. Under utdanning	0,7 %	1,5 %	3,5 %	1,0 %	1,1 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,4 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,3 %
9. Ukjent	2,6 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %	1,3 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,5 %	88,7 %	87,7 %	93,3 %	89,0 %
1. Ja	6,6 %	8,9 %	12,3 %	5,1 %	7,2 %
9. Ukjent	5,9 %	2,3 %	0,0 %	1,7 %	3,8 %

c. Dagtilbud

0. Nei	79,4 %	82,8 %	80,7 %	81,1 %	80,8 %
1. Ja	13,3 %	14,0 %	17,5 %	15,8 %	14,2 %
9. Ukjent	7,3 %	3,2 %	1,8 %	3,0 %	5,0 %

A2. Viktigste inntekt

1. Arbeidsinntekt	7,9 %	14,7 %	17,5 %	12,8 %	11,2 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
3. Dagpenger	0,5 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
4. Sykepenger	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
5. AAP	11,3 %	10,2 %	14,0 %	9,4 %	10,7 %
6. Uføør/pensjon	62,4 %	66,4 %	68,4 %	71,0 %	65,5 %
7. Pensjonist	1,7 %	1,1 %	0,0 %	4,7 %	2,0 %
8. Sosial stønad	5,7 %	3,2 %	0,0 %	1,0 %	3,8 %
9. Studielån/stipend	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet/ukjent	9,7 %	2,6 %	0,0 %	0,7 %	5,5 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	5,2 %	2,6 %	0,0 %	2,4 %	3,7 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5,5 %	2,8 %	0,0 %	0,3 %	3,5 %
2. Institusjon	4,2 %	4,0 %	1,8 %	0,3 %	3,3 %
3. Fengsel	0,8 %	2,1 %	1,8 %	0,0 %	1,1 %
4. Hos foreldre	5,1 %	4,9 %	3,5 %	2,0 %	4,4 %
5. Hos andre	2,4 %	0,9 %	10,5 %	0,3 %	1,9 %
6. Egen bolig	74,6 %	82,1 %	82,5 %	93,3 %	80,7 %
10. Annet / Ukjent	2,2 %	0,6 %	0,0 %	1,3 %	1,5 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	72,4 %	87,2 %	94,7 %	92,9 %	81,6 %
1. Smittet	1,1 %	1,5 %	1,8 %	1,0 %	1,2 %
9. Ukjent	26,5 %	11,3 %	3,5 %	6,1 %	17,2 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	43,7 %	43,2 %	61,4 %	40,7 %	43,7 %
1. Tidligere behandlet	22,5 %	36,6 %	31,6 %	38,7 %	30,1 %
2. HepC positiv	4,4 %	5,1 %	3,5 %	7,1 %	5,1 %
9. Ukjent hepatitt C-status	29,3 %	15,1 %	3,5 %	13,5 %	21,1 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	29,2 %	21,3 %	5,3 %	12,8 %	22,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	44,8 %	56,0 %	61,4 %	57,9 %	51,2 %
1a. Buprenorfin depot 1 uke	1,3 %	3,6 %	3,5 %	4,0 %	2,6 %
1b. Buprenorfin depot 4 uker	4,0 %	11,5 %	21,1 %	15,8 %	9,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	0,3 %	3,0 %	1,8 %	0,3 %	1,1 %
3. SROM	12,4 %	2,8 %	3,5 %	8,1 %	8,4 %
4. Heroin	3,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
5. Andre	3,6 %	1,5 %	1,8 %	0,7 %	2,4 %
9. Ukjent	0,5 %	0,4 %	1,8 %	0,3 %	0,5 %

A7. Døgdose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	99,9	91,7	100,0	93,9	96,9
------------	------	------	-------	------	------

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
1. Buprenofin (Subutex)	14,4	13,9	12,4	14,0	14,1
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	8,6	10,9	16,0	16,0	11,4
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	99,5 %	98,5 %	80,7 %	83,8 %	95,5 %
1. Fastlege	0,1 %	1,1 %	19,3 %	15,8 %	4,1 %
2. Annen lege	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
9. Ukjent	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
A9. Spesielle forhold					
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	48,3 %	61,1 %	73,7 %	55,2 %	54,4 %
1. Ja	46,3 %	37,7 %	26,3 %	43,4 %	42,4 %
9. Ukjent	5,4 %	1,3 %	0,0 %	1,3 %	3,2 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	87,5 %	96,8 %	98,2 %	94,3 %	92,0 %
1. Ja	5,8 %	1,7 %	1,8 %	3,0 %	3,9 %
9. Ukjent	6,7 %	1,5 %	0,0 %	2,7 %	4,1 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	3,2	0,8	2,9	2,9
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	2,6	0,6	2,7	2,7
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	56,9 %	27,0 %	24,6 %	44,1 %	44,4 %
1. Apotek	25,6 %	25,5 %	35,1 %	38,4 %	28,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	8,3 %	32,1 %	35,1 %	12,8 %	17,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,8 %	6,8 %	0,0 %	2,4 %	4,8 %
4. Legekontor	3,0 %	5,3 %	1,8 %	1,3 %	3,3 %
10. Annet	1,1 %	3,0 %	3,5 %	1,0 %	1,7 %
9. Ukjent	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
A11. Urin/spyttprøveordning					
a. Type avtale					
0. Ingen prøver	63,0 %	39,8 %	66,7 %	39,4 %	51,7 %
1. Stikkprøver	19,1 %	18,3 %	15,8 %	27,3 %	20,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	15,6 %	39,8 %	17,5 %	32,0 %	26,0 %
9. Ukjent	2,3 %	2,1 %	0,0 %	1,3 %	2,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
B. SISTE FIRE UKER FØR					
UTFYLLINGSDATO					
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker					
a. Målsetting for behandlingen					
0. Rehab med rusfrihet	57,9 %	74,5 %	70,2 %	70,0 %	65,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	33,2 %	22,6 %	24,6 %	27,3 %	28,6 %
9. Ikke avtalt	8,9 %	3,0 %	5,3 %	2,7 %	5,8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	98,7 %	98,7 %	82,5 %	85,2 %	95,5 %
1. Overført	0,5 %	1,1 %	17,5 %	14,5 %	4,0 %
9. Annet / Ukjent	0,8 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	50,5 %	47,7 %	15,8 %	46,8 %	47,7 %
1. Ja	39,2 %	47,9 %	82,5 %	48,8 %	45,2 %
9. Ukjent	10,4 %	4,5 %	1,8 %	4,4 %	7,1 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?					
0. Nei	72,0 %	77,9 %	71,9 %	82,2 %	75,7 %
1. Ja	16,6 %	19,6 %	28,1 %	12,8 %	17,2 %
9. Ukjent	11,4 %	2,6 %	0,0 %	5,1 %	7,1 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	60,8 %	73,0 %	71,9 %	85,5 %	69,6 %
1. Ja	10,4 %	16,0 %	26,3 %	4,0 %	11,4 %
9. Ukjent	28,8 %	11,1 %	1,8 %	10,4 %	19,0 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	81,6 %	76,0 %	61,4 %	70,7 %	77,1 %
1. Ja	14,3 %	23,8 %	38,6 %	23,2 %	19,7 %
9. Ukjent	4,2 %	0,2 %	0,0 %	6,1 %	3,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	46,0 %	74,3 %	93,0 %	74,7 %	61,6 %
1. Ja	10,2 %	12,1 %	7,0 %	14,8 %	11,6 %
9. Ukjent	43,7 %	13,6 %	0,0 %	10,4 %	26,8 %

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
b. Alvorlig angst					
0. Nei	41,5 %	61,3 %	80,7 %	66,7 %	53,6 %
1. Ja	15,6 %	24,9 %	17,5 %	23,2 %	19,9 %
9. Ukjent	42,9 %	13,8 %	1,8 %	10,1 %	26,5 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	54,2 %	81,7 %	96,5 %	81,8 %	69,2 %
1. Ja	4,7 %	5,5 %	3,5 %	7,4 %	5,4 %
9. Ukjent	41,0 %	12,8 %	0,0 %	10,8 %	25,3 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	30,4 %	44,5 %	57,9 %	41,8 %	37,8 %
1. Ja	29,3 %	44,9 %	42,1 %	48,5 %	38,1 %
9. Ukjent	40,2 %	10,6 %	0,0 %	9,8 %	24,1 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	50,1 %	80,6 %	100,0 %	85,9 %	67,8 %
1. Ja	7,8 %	4,9 %	0,0 %	4,0 %	5,9 %
9. Ukjent	42,1 %	14,5 %	0,0 %	10,1 %	26,2 %
b. Cannabis					
0. Nei	34,2 %	55,7 %	70,2 %	54,9 %	45,9 %
1. Ja	24,9 %	31,1 %	28,1 %	37,0 %	29,2 %
9. Ukjent	40,9 %	13,2 %	1,8 %	8,1 %	25,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	40,9 %	60,9 %	86,0 %	61,3 %	52,4 %
1. Ja	17,4 %	25,3 %	14,0 %	28,6 %	21,8 %
9. Ukjent	41,7 %	13,8 %	0,0 %	10,1 %	25,8 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	42,8 %	67,2 %	87,7 %	71,7 %	57,2 %
1. Ja	16,2 %	19,6 %	12,3 %	19,5 %	17,7 %
9. Ukjent	41,0 %	13,2 %	0,0 %	8,8 %	25,1 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	49,4 %	75,5 %	94,7 %	81,8 %	65,0 %
1. Ja	5,7 %	8,9 %	5,3 %	7,1 %	6,9 %
9. Ukjent	45,0 %	15,5 %	0,0 %	11,1 %	28,1 %

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	25,2 %	44,0 %	54,4 %	44,4 %	35,5 %
1. Få enkeltepisoder	17,8 %	20,0 %	26,3 %	18,5 %	18,9 %
2. Regelmessig bruk	20,3 %	25,7 %	17,5 %	26,9 %	23,1 %
9. Ukjent	36,7 %	10,2 %	1,8 %	10,1 %	22,5 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	35,4 %	52,6 %	71,9 %	51,2 %	44,9 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,2 %	22,8 %	26,3 %	25,3 %	20,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	9,8 %	14,5 %	1,8 %	14,5 %	11,8 %
9. Ukjent	37,6 %	10,2 %	0,0 %	9,1 %	22,6 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt					
0. Nei	52,4 %	80,6 %	86,0 %	84,2 %	68,1 %
1. Ja	5,8 %	7,0 %	14,0 %	7,7 %	6,8 %
9. Ukjent	41,9 %	12,3 %	0,0 %	8,1 %	25,1 %
C2. Overdose siste år					
0. Nei	63,1 %	84,9 %	100,0 %	87,2 %	75,6 %
1. Ja	7,9 %	6,2 %	0,0 %	5,1 %	6,6 %
9. Ukjent	28,9 %	8,9 %	0,0 %	7,7 %	17,9 %
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	58,4 %	87,0 %	100,0 %	90,6 %	74,6 %
1. Ja	1,3 %	1,5 %	0,0 %	1,3 %	1,3 %
9. Ukjent	40,2 %	11,5 %	0,0 %	8,1 %	24,1 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	20,5 %	36,8 %	52,6 %	37,4 %	29,7 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	20,5 %	27,0 %	24,6 %	26,9 %	23,8 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	24,6 %	27,0 %	21,1 %	27,6 %	25,8 %
9. Ukjent	34,5 %	9,1 %	1,8 %	8,1 %	20,7 %
C5. Fornøydhhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	38,1 %	64,3 %	85,5 %	68,7 %	53,5 %

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna	Region
1. Både-og	8,7 %	17,1 %	7,3 %	16,8 %	12,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,5 %	3,3 %	3,6 %	5,8 %	2,9 %
9. Ukjent	51,7 %	15,3 %	3,6 %	8,6 %	30,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	56,5 %	65,8 %	89,3 %	71,0 %	63,2 %
1. Både-og	37,0 %	28,3 %	7,1 %	22,6 %	30,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,6 %	2,9 %	3,6 %	1,1 %	2,4 %
9. Ukjent	3,9 %	3,1 %	0,0 %	5,3 %	3,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	65,8 %	80,9 %	94,7 %	84,2 %	74,9 %
1. Ja	13,7 %	15,3 %	5,3 %	9,4 %	13,1 %
9. Ukjent	20,5 %	3,8 %	0,0 %	6,4 %	12,1 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	42,9 %	20,9 %	10,5 %	17,8 %	30,4 %
1. Ja	43,6 %	79,1 %	89,5 %	82,2 %	63,2 %
9. Ukjent	13,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %

b. Medarbeider

0. Nei	83,8 %	92,8 %	87,7 %	83,8 %	86,7 %
1. Ja	2,4 %	7,2 %	12,3 %	16,2 %	6,8 %
9. Ukjent	13,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,5 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	85,2 %	98,3 %	87,7 %	96,3 %	91,3 %
1. Ja	1,1 %	1,7 %	12,3 %	3,7 %	2,2 %
9. Ukjent	13,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,5 %

Øst

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
Antall svar	240	99	455	411	1205
Svarprosent	27,8 %	8,7 %	86,7 %	93,0 %	40,6 %
Kjønn					
Menn	70,4 %	60,6 %	66,3 %	67,9 %	67,2 %
Kvinner	29,6 %	39,4 %	33,7 %	32,1 %	32,8 %
Alder (gjennomsnitt)	47,8	49,6	49,9	51,0	49,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,1 %	98,0 %	99,3 %	97,6 %	98,2 %
1. Eget ønske om avvenning	2,1 %	0,0 %	0,2 %	1,0 %	0,8 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,4 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,0 %	1,0 %	0,2 %	1,5 %	0,7 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	86,3 %	89,9 %	87,9 %	83,7 %	86,3 %
1. Heltidsjobb	5,8 %	5,1 %	6,2 %	6,8 %	6,2 %
2. Deltidsjobb	3,8 %	4,0 %	3,7 %	6,8 %	4,8 %
3. Under utdanning	1,7 %	1,0 %	0,9 %	1,5 %	1,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,8 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %
9. Ukjent	1,7 %	0,0 %	0,7 %	1,2 %	1,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	90,4 %	94,9 %	92,5 %	90,5 %	91,6 %
1. Ja	7,1 %	3,0 %	6,6 %	8,0 %	6,9 %
9. Ukjent	2,5 %	2,0 %	0,9 %	1,5 %	1,5 %

c. Dagtilbud

0. Nei	76,7 %	87,9 %	89,0 %	73,5 %	81,2 %
1. Ja	19,2 %	9,1 %	9,7 %	23,6 %	16,3 %
9. Ukjent	4,2 %	3,0 %	1,3 %	2,9 %	2,6 %

A2. Viktigste inntekt

1. Arbeidsinntekt	7,1 %	5,1 %	6,6 %	8,3 %	7,1 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger	0,4 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
4. Sykepenger	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
5. AAP	18,8 %	17,2 %	10,5 %	7,1 %	11,5 %
6. Ufør/pensjon	63,8 %	67,7 %	76,9 %	75,4 %	73,0 %
7. Pensjonist	2,9 %	2,0 %	2,4 %	5,1 %	3,4 %
8. Sosial stønad	3,3 %	5,1 %	0,9 %	1,7 %	2,0 %
9. Studielån/stipend	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet/ukjent	3,3 %	2,0 %	1,5 %	1,7 %	2,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,7 %	2,0 %	2,9 %	0,2 %	1,7 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,8 %	1,0 %	1,3 %	1,0 %	1,1 %
2. Institusjon	2,1 %	10,1 %	5,5 %	2,7 %	4,2 %
3. Fengsel	0,4 %	0,0 %	1,5 %	1,2 %	1,1 %
4. Hos foreldre	5,0 %	5,1 %	5,5 %	1,9 %	4,1 %
5. Hos andre	2,9 %	5,1 %	3,3 %	5,6 %	4,1 %
6. Egen bolig	83,3 %	76,8 %	78,9 %	86,9 %	82,3 %
10. Annet / Ukjent	3,8 %	0,0 %	1,1 %	0,5 %	1,3 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	92,1 %	82,8 %	90,5 %	83,7 %	87,9 %
1. Smittet	1,7 %	3,0 %	0,9 %	0,7 %	1,2 %
9. Ukjent	6,3 %	14,1 %	8,6 %	15,6 %	11,0 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	58,3 %	47,5 %	39,8 %	41,4 %	44,6 %
1. Tidligere behandlet	30,4 %	36,4 %	39,8 %	33,3 %	35,4 %
2. HepC positiv	1,3 %	5,1 %	4,4 %	5,6 %	4,2 %
9. Ukjent hepatitt C-status	10,0 %	11,1 %	16,0 %	19,7 %	15,7 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	32,5 %	20,2 %	30,1 %	32,8 %	30,7 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,8 %	5,1 %	28,6 %	36,5 %	29,8 %
1a. Buprenorfin depot 1 uke	0,0 %	0,0 %	2,2 %	2,2 %	1,6 %
1b. Buprenorfin depot 4 uker	29,2 %	17,2 %	30,1 %	13,9 %	23,3 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	3,8 %	0,0 %	1,8 %	1,5 %	1,9 %
3. SROM	2,9 %	7,1 %	5,3 %	7,3 %	5,6 %
4. Heroin	0,0 %	47,5 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
5. Andre	0,8 %	2,0 %	2,0 %	5,4 %	2,9 %
9. Ukjent	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	94,5	84,0	84,7	90,7	88,9
------------	------	------	------	------	------

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
1. Buprenofin (Subutex)	15,1	7,4	13,3	13,6	13,7
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	19,3	0,0	12,0	14,3	15,5

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	58,3 %	79,8 %	93,4 %	40,1 %	67,1 %
1. Fastlege	40,4 %	20,2 %	5,9 %	55,2 %	30,8 %
2. Annen lege	0,0 %	0,0 %	0,4 %	3,6 %	1,4 %
9. Ukjent	1,3 %	0,0 %	0,2 %	1,0 %	0,7 %

A9. Spesielle forhold

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	58,3 %	58,6 %	54,1 %	55,7 %	55,9 %
1. Ja	37,5 %	38,4 %	40,2 %	42,6 %	40,3 %
9. Ukjent	4,2 %	3,0 %	5,7 %	1,7 %	3,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	92,9 %	58,6 %	96,5 %	95,4 %	92,3 %
1. Ja	2,1 %	41,4 %	1,8 %	2,4 %	5,3 %
9. Ukjent	5,0 %	0,0 %	1,8 %	2,2 %	2,4 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,4	6,9	3,3	3,3	3,4
--	-----	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	2,4	6,3	3,2	2,7	3,1
------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	30,0 %	63,6 %	39,6 %	5,6 %	28,0 %
1. Apotek	47,1 %	31,3 %	36,7 %	44,0 %	40,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	20,8 %	2,0 %	17,8 %	40,9 %	25,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	2,1 %	2,0 %	5,7 %	5,4 %	4,6 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,8 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,2 %	0,5 %
9. Ukjent	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %

A11. Urin/spyttprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen prøver	67,9 %	86,9 %	46,2 %	45,0 %	53,4 %
1. Stikkprøver	17,5 %	9,1 %	38,5 %	38,2 %	31,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	10,0 %	3,0 %	12,5 %	13,1 %	11,5 %
9. Ukjent	4,6 %	1,0 %	2,9 %	3,6 %	3,3 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,1	0,5	0,1	0,2
--	-----	-----	-----	-----	-----

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
B. SISTE FIRE UKER FØR					
UTFYLLINGSDATO					
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker					
a. Målsetting for behandlingen					
0. Rehab med rusfrihet	75,8 %	41,4 %	67,5 %	70,8 %	68,1 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	19,2 %	57,6 %	29,0 %	24,6 %	27,9 %
9. Ikke avtalt	5,0 %	1,0 %	3,5 %	4,6 %	4,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	92,5 %	92,9 %	95,6 %	83,7 %	90,7 %
1. Overført	5,0 %	7,1 %	4,4 %	15,1 %	8,4 %
9. Annet / Ukjent	2,5 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,9 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	30,4 %	59,6 %	40,2 %	50,4 %	43,3 %
1. Ja	60,0 %	39,4 %	53,4 %	43,3 %	50,1 %
9. Ukjent	9,6 %	1,0 %	6,4 %	6,3 %	6,6 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?					
0. Nei	75,4 %	77,8 %	79,3 %	71,3 %	75,7 %
1. Ja	17,9 %	19,2 %	17,4 %	25,5 %	20,4 %
9. Ukjent	6,7 %	3,0 %	3,3 %	3,2 %	3,9 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	78,3 %	74,7 %	68,4 %	83,7 %	76,1 %
1. Ja	9,2 %	21,2 %	19,3 %	10,5 %	14,4 %
9. Ukjent	12,5 %	4,0 %	12,3 %	5,8 %	9,5 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	66,7 %	80,8 %	82,2 %	57,9 %	70,7 %
1. Ja	32,5 %	18,2 %	17,1 %	41,8 %	28,7 %
9. Ukjent	0,8 %	1,0 %	0,7 %	0,2 %	0,6 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	66,3 %	80,8 %	81,1 %	70,3 %	74,4 %
1. Ja	17,9 %	10,1 %	9,2 %	14,6 %	12,9 %
9. Ukjent	15,8 %	9,1 %	9,7 %	15,1 %	12,7 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
b. Alvorlig angst					
0. Nei	60,8 %	72,7 %	74,5 %	62,8 %	67,6 %
1. Ja	23,8 %	13,1 %	16,0 %	22,6 %	19,6 %
9. Ukjent	15,4 %	14,1 %	9,5 %	14,6 %	12,8 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	77,5 %	85,9 %	83,7 %	81,0 %	81,7 %
1. Ja	8,3 %	5,1 %	6,4 %	3,9 %	5,8 %
9. Ukjent	14,2 %	9,1 %	9,9 %	15,1 %	12,4 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	37,9 %	48,5 %	51,6 %	37,5 %	43,8 %
1. Ja	50,4 %	43,4 %	38,0 %	55,2 %	46,8 %
9. Ukjent	11,7 %	8,1 %	10,3 %	7,3 %	9,4 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	77,5 %	69,7 %	83,1 %	78,3 %	79,3 %
1. Ja	5,8 %	18,2 %	2,9 %	5,8 %	5,7 %
9. Ukjent	16,7 %	12,1 %	14,1 %	15,8 %	15,0 %
b. Cannabis					
0. Nei	59,2 %	47,5 %	52,1 %	57,7 %	55,0 %
1. Ja	25,4 %	34,3 %	31,2 %	27,0 %	28,9 %
9. Ukjent	15,4 %	18,2 %	16,7 %	15,3 %	16,1 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	72,5 %	61,6 %	61,8 %	62,0 %	64,0 %
1. Ja	10,8 %	16,2 %	18,0 %	21,2 %	17,5 %
9. Ukjent	16,7 %	22,2 %	20,2 %	16,8 %	18,5 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	72,9 %	63,6 %	68,1 %	68,6 %	68,9 %
1. Ja	10,4 %	16,2 %	15,2 %	14,1 %	13,9 %
9. Ukjent	16,7 %	20,2 %	16,7 %	17,3 %	17,2 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	76,3 %	78,8 %	69,7 %	70,3 %	72,0 %
1. Ja	7,1 %	4,0 %	12,1 %	12,4 %	10,5 %
9. Ukjent	16,7 %	17,2 %	18,2 %	17,3 %	17,5 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	50,4 %	35,4 %	40,2 %	45,5 %	43,7 %
1. Få enkeltepisoder	10,8 %	18,2 %	20,7 %	15,6 %	16,8 %
2. Regelmessig bruk	25,8 %	35,4 %	25,3 %	26,8 %	26,7 %
9. Ukjent	12,9 %	11,1 %	13,8 %	12,2 %	12,9 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	55,8 %	40,4 %	49,0 %	49,4 %	49,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	18,8 %	31,3 %	22,9 %	19,7 %	21,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,7 %	20,2 %	14,3 %	17,0 %	15,2 %
9. Ukjent	13,8 %	8,1 %	13,8 %	13,9 %	13,4 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt					
0. Nei	77,5 %	70,7 %	81,8 %	76,9 %	78,3 %
1. Ja	6,3 %	6,1 %	4,4 %	8,0 %	6,1 %
9. Ukjent	16,3 %	23,2 %	13,8 %	15,1 %	15,5 %
C2. Overdose siste år					
0. Nei	81,3 %	80,8 %	91,9 %	80,8 %	85,1 %
1. Ja	2,5 %	8,1 %	3,3 %	5,1 %	4,1 %
9. Ukjent	16,3 %	11,1 %	4,8 %	14,1 %	10,8 %
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	80,4 %	86,9 %	94,3 %	84,7 %	87,6 %
1. Ja	2,9 %	1,0 %	0,4 %	1,2 %	1,2 %
9. Ukjent	16,7 %	12,1 %	5,3 %	14,1 %	11,1 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	40,8 %	28,3 %	38,7 %	38,2 %	38,1 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	18,8 %	20,2 %	22,2 %	21,9 %	21,2 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,8 %	44,4 %	27,3 %	28,5 %	29,4 %
9. Ukjent	11,7 %	7,1 %	11,9 %	11,4 %	11,3 %
C5. Fornøydhhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	69,5 %	76,5 %	63,3 %	64,7 %	66,1 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet	Region
1. Både-og	13,1 %	14,3 %	12,0 %	14,8 %	13,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,7 %	2,0 %	2,7 %	3,9 %	2,8 %
9. Ukjent	15,7 %	7,1 %	22,0 %	16,5 %	17,7 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	76,3 %	83,5 %	77,5 %	78,0 %	78,0 %
1. Både-og	14,7 %	13,4 %	19,3 %	16,6 %	17,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,3 %	3,1 %	1,8 %	1,7 %	1,8 %
9. Ukjent	7,8 %	0,0 %	1,3 %	3,7 %	3,3 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	88,3 %	90,9 %	88,4 %	87,3 %	88,2 %
1. Ja	6,3 %	7,1 %	8,4 %	8,0 %	7,7 %
9. Ukjent	5,4 %	2,0 %	3,3 %	4,6 %	4,1 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	22,9 %	28,3 %	34,9 %	23,8 %	28,2 %
1. Ja	77,1 %	71,7 %	65,1 %	75,7 %	71,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %

b. Medarbeider

0. Nei	75,4 %	92,9 %	75,2 %	65,2 %	73,3 %
1. Ja	24,6 %	7,1 %	24,8 %	31,1 %	25,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %	1,2 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	83,3 %	98,0 %	92,5 %	72,5 %	84,3 %
1. Ja	16,7 %	2,0 %	7,0 %	23,6 %	14,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,4 %	3,9 %	1,5 %

Midt

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
Antall svar	201	109	387	697
Svarprosent	91,4 %	87,2 %	99,7 %	95,1 %
Kjønn				
Menn	75,6 %	54,1 %	66,9 %	67,4 %
Kvinner	24,4 %	45,9 %	33,1 %	32,6 %
Alder (gjennomsnitt)	47,3	47,6	47,7	47,5
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	99,5 %	97,1 %	99,0 %	98,8 %
1. Eget ønske om avvenning	0,5 %	1,9 %	0,8 %	0,9 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
10. Annet	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,1 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	75,6 %	75,2 %	80,1 %	78,1 %
1. Heltidsjobb	15,9 %	12,4 %	10,6 %	12,4 %
2. Deltidsjobb	4,0 %	11,4 %	7,0 %	6,8 %
3. Under utdanning	1,0 %	0,0 %	0,8 %	0,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
9. Ukjent	3,0 %	1,0 %	1,3 %	1,7 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	91,0 %	98,1 %	88,6 %	90,8 %
1. Ja	6,0 %	1,9 %	7,0 %	5,9 %
9. Ukjent	3,0 %	0,0 %	4,4 %	3,3 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	89,1 %	92,4 %	90,7 %	90,5 %
1. Ja	8,0 %	7,6 %	4,7 %	6,1 %
9. Ukjent	3,0 %	0,0 %	4,7 %	3,5 %
A2. Viktigste inntekt				
1. Arbeidsinntekt	16,4 %	15,2 %	11,4 %	13,4 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger	1,5 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
4. Sykepenger	0,5 %	1,9 %	0,5 %	0,7 %
5. AAP	16,9 %	4,8 %	7,0 %	9,5 %
6. Ufør/pensjon	61,2 %	72,4 %	75,7 %	71,0 %
7. Pensjonist	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosial stønad	0,0 %	1,0 %	2,6 %	1,6 %
9. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet/ukjent	3,5 %	4,8 %	2,6 %	3,2 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,0 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,9 %
2. Institusjon	2,0 %	6,7 %	4,1 %	3,9 %
3. Fengsel	0,5 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %
4. Hos foreldre	5,0 %	1,0 %	1,3 %	2,3 %
5. Hos andre	1,5 %	1,0 %	1,8 %	1,6 %
6. Egen bolig	88,1 %	89,5 %	86,8 %	87,6 %
10. Annet / Ukjent	2,0 %	1,9 %	2,6 %	2,3 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	91,0 %	91,4 %	87,3 %	89,0 %
1. Smittet	1,0 %	1,9 %	0,8 %	1,0 %
9. Ukjent	8,0 %	6,7 %	11,9 %	10,0 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	45,8 %	56,7 %	38,5 %	43,4 %
1. Tidligere behandlet	36,8 %	25,0 %	41,1 %	37,4 %
2. HepC positiv	6,0 %	7,7 %	5,2 %	5,8 %
9. Ukjent hepatitt C-status	11,4 %	10,6 %	15,2 %	13,4 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	27,9 %	20,0 %	15,0 %	19,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	28,9 %	38,1 %	33,6 %	32,9 %
1a. Buprenorfin depot 1 uke	26,4 %	25,7 %	30,2 %	28,4 %
1b. Buprenorfin depot 4 uker	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	11,9 %	8,6 %	6,2 %	8,2 %
3. SROM	2,0 %	5,7 %	10,6 %	7,4 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	2,0 %	1,0 %	4,4 %	3,2 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
0. Metadon	86,8	75,7	79,3	81,9
1. Buprenofin (Subutex)	14,3	15,4	14,8	14,8
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	15,4	16,0	15,1	15,4
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	47,3 %	57,1 %	78,6 %	66,2 %
1. Fastlege	50,2 %	41,9 %	18,9 %	31,5 %
2. Annen lege	1,5 %	1,0 %	2,1 %	1,7 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %
A9. Spesielle forhold				
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	62,2 %	61,0 %	56,6 %	58,9 %
1. Ja	34,8 %	39,0 %	41,9 %	39,4 %
9. Ukjent	3,0 %	0,0 %	1,6 %	1,7 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	96,5 %	94,3 %	98,4 %	97,3 %
1. Ja	1,5 %	5,7 %	0,8 %	1,7 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	1,7	2,3	2,4	2,2
b. Derav antall utlevert overvåket	1,7	2,2	2,3	2,1
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	23,9 %	4,8 %	33,3 %	26,3 %
1. Apotek	44,8 %	39,0 %	39,3 %	40,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	25,9 %	47,6 %	19,1 %	25,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	1,5 %	4,8 %	3,4 %	3,0 %
4. Legekontor	2,5 %	2,9 %	2,6 %	2,6 %
10. Annet	0,5 %	1,0 %	1,8 %	1,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %
A11. Urin/spyttprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	39,8 %	42,9 %	51,7 %	46,9 %
1. Stikkprøver	40,3 %	25,7 %	29,2 %	31,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	16,4 %	30,5 %	18,1 %	19,5 %
9. Ukjent	3,5 %	1,0 %	1,0 %	1,7 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,3	0,2	0,2

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
B. SISTE FIRE UKER FØR				
UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	82,6 %	61,9 %	68,7 %	71,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	10,4 %	38,1 %	27,6 %	24,2 %
9. Ikke avtalt	7,0 %	0,0 %	3,6 %	4,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	29,5 %	37,9 %	66,9 %	51,7 %
1. Overført	69,5 %	62,1 %	32,6 %	47,7 %
9. Annet / Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	36,3 %	43,8 %	30,7 %	34,3 %
1. Ja	56,2 %	55,2 %	53,7 %	54,7 %
9. Ukjent	7,5 %	1,0 %	15,5 %	11,0 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?				
0. Nei	78,6 %	77,1 %	83,2 %	81,0 %
1. Ja	14,9 %	22,9 %	9,6 %	13,1 %
9. Ukjent	6,5 %	0,0 %	7,2 %	5,9 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	66,2 %	74,3 %	81,1 %	75,8 %
1. Ja	19,4 %	22,9 %	5,9 %	12,4 %
9. Ukjent	14,4 %	2,9 %	12,9 %	11,8 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	80,1 %	81,0 %	83,7 %	82,3 %
1. Ja	13,4 %	18,1 %	8,8 %	11,5 %
9. Ukjent	6,5 %	1,0 %	7,5 %	6,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	73,1 %	86,7 %	68,0 %	72,3 %

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
1. Ja	9,5 %	12,4 %	11,4 %	11,0 %
9. Ukjent	17,4 %	1,0 %	20,7 %	16,7 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	62,7 %	76,2 %	58,7 %	62,5 %
1. Ja	20,4 %	23,8 %	21,2 %	21,4 %
9. Ukjent	16,9 %	0,0 %	20,2 %	16,2 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	77,6 %	92,3 %	76,0 %	78,9 %
1. Ja	5,0 %	6,7 %	5,2 %	5,3 %
9. Ukjent	17,4 %	1,0 %	18,9 %	15,8 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	47,3 %	48,1 %	48,8 %	48,3 %
1. Ja	37,8 %	51,0 %	31,0 %	36,0 %
9. Ukjent	14,9 %	1,0 %	20,2 %	15,8 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	84,1 %	92,4 %	72,1 %	78,6 %
1. Ja	2,5 %	2,9 %	7,5 %	5,3 %
9. Ukjent	13,4 %	4,8 %	20,4 %	16,0 %
b. Cannabis				
0. Nei	61,7 %	69,2 %	53,5 %	58,2 %
1. Ja	25,4 %	25,0 %	24,5 %	24,9 %
9. Ukjent	12,9 %	5,8 %	22,0 %	16,9 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	69,7 %	60,6 %	53,5 %	59,2 %
1. Ja	18,4 %	33,7 %	28,4 %	26,3 %
9. Ukjent	11,9 %	5,8 %	18,1 %	14,5 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	78,1 %	80,8 %	67,2 %	72,4 %
1. Ja	8,5 %	12,5 %	11,4 %	10,7 %
9. Ukjent	13,4 %	6,7 %	21,4 %	16,9 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	76,6 %	86,5 %	71,8 %	75,4 %

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
1. Ja	10,0 %	6,7 %	4,9 %	6,6 %
9. Ukjent	13,4 %	6,7 %	23,3 %	17,9 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	54,2 %	53,8 %	44,7 %	48,8 %
1. Få enkeltepisoder	11,9 %	18,3 %	13,4 %	13,7 %
2. Regelmessig bruk	21,4 %	22,1 %	20,4 %	21,0 %
9. Ukjent	12,4 %	5,8 %	21,4 %	16,5 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	60,7 %	60,6 %	49,1 %	54,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,9 %	17,3 %	16,8 %	16,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	10,4 %	14,4 %	11,4 %	11,6 %
9. Ukjent	11,9 %	7,7 %	22,7 %	17,3 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	76,6 %	91,3 %	76,0 %	78,5 %
1. Ja	8,5 %	7,7 %	5,4 %	6,6 %
9. Ukjent	14,9 %	1,0 %	18,6 %	14,9 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	78,1 %	94,2 %	82,2 %	82,8 %
1. Ja	5,0 %	4,8 %	4,4 %	4,6 %
9. Ukjent	16,9 %	1,0 %	13,4 %	12,6 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	78,6 %	97,1 %	82,4 %	83,5 %
1. Ja	3,0 %	1,0 %	3,4 %	2,9 %
9. Ukjent	18,4 %	1,9 %	14,2 %	13,6 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	42,8 %	38,5 %	34,6 %	37,6 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	21,4 %	22,1 %	18,3 %	19,8 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	23,9 %	34,6 %	28,7 %	28,2 %
9. Ukjent	11,9 %	4,8 %	18,3 %	14,5 %

C5. Fornøydhhet

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	St Olav	Region
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	62,7 %	63,5 %	55,3 %	58,7 %
1. Både-og	14,9 %	15,4 %	13,2 %	14,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,0 %	4,8 %	7,2 %	6,2 %
9. Ukjent	17,4 %	16,3 %	24,3 %	21,1 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	75,6 %	78,8 %	68,2 %	72,0 %
1. Både-og	18,9 %	20,2 %	20,9 %	20,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,0 %	0,0 %	4,4 %	3,3 %
9. Ukjent	2,5 %	1,0 %	6,5 %	4,5 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	84,6 %	90,4 %	77,8 %	81,6 %
1. Ja	8,0 %	9,6 %	15,0 %	12,1 %
9. Ukjent	7,5 %	0,0 %	7,2 %	6,2 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	18,9 %	26,0 %	26,1 %	24,0 %
1. Ja	80,1 %	72,1 %	72,9 %	74,9 %
9. Ukjent	1,0 %	1,9 %	1,0 %	1,2 %
b. Medarbeider				
0. Nei	88,1 %	82,7 %	85,8 %	86,0 %
1. Ja	10,9 %	17,3 %	13,4 %	13,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,8 %	0,7 %
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	97,0 %	91,3 %	98,7 %	97,1 %
1. Ja	2,0 %	7,7 %	0,5 %	2,0 %
9. Ukjent	1,0 %	1,0 %	0,8 %	0,9 %

Nord

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
Antall svar	44	25	29	98
Svarprosent	13,3 %	43,9 %	29,0 %	14,3 %
Kjønn				
Menn	81,8 %	56,0 %	75,9 %	73,5 %
Kvinner	18,2 %	44,0 %	24,1 %	26,5 %
Alder (gjennomsnitt)	47,8	44,2	46,7	46,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,5 %	100,0 %	100,0 %	98,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	77,3 %	80,0 %	86,2 %	80,6 %
1. Heltidsjobb	11,4 %	12,0 %	3,4 %	9,2 %
2. Deltidsjobb	9,1 %	8,0 %	6,9 %	8,2 %
3. Under utdanning	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	3,4 %	1,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	84,1 %	96,0 %	93,1 %	89,8 %
1. Ja	9,1 %	4,0 %	6,9 %	7,1 %
9. Ukjent	6,8 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %

c. Dagtilbud

0. Nei	68,2 %	76,0 %	82,8 %	74,5 %
1. Ja	13,6 %	20,0 %	13,8 %	15,3 %
9. Ukjent	18,2 %	4,0 %	3,4 %	10,2 %

A2. Viktigste inntekt

1. Arbeidsinntekt	18,2 %	16,7 %	3,4 %	13,4 %
2. Forsørget av andre	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
3. Dagpenger	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
4. Sykepenger	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
5. AAP	4,5 %	12,5 %	3,4 %	6,2 %
6. Ufør/pensjon	59,1 %	66,7 %	89,7 %	70,1 %
7. Pensjonist	2,3 %	4,2 %	3,4 %	3,1 %
8. Sosial stønad	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
9. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet/ukjent	6,8 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,5 %	0,0 %	6,9 %	4,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,5 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
2. Institusjon	0,0 %	0,0 %	3,4 %	1,0 %
3. Fengsel	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
4. Hos foreldre	2,3 %	0,0 %	6,9 %	3,1 %
5. Hos andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
6. Egen bolig	81,8 %	100,0 %	82,8 %	86,6 %
10. Annet / Ukjent	4,5 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	70,5 %	92,0 %	82,8 %	79,6 %
1. Smittet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	29,5 %	8,0 %	17,2 %	20,4 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	45,5 %	68,0 %	48,3 %	52,0 %
1. Tidligere behandlet	25,0 %	16,0 %	27,6 %	23,5 %
2. HepC positiv	0,0 %	4,0 %	3,4 %	2,0 %
9. Ukjent hepatitt C-status	29,5 %	12,0 %	20,7 %	22,4 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,0 %	8,3 %	37,9 %	24,7 %
1. Buprenorfin (Subutex)	45,5 %	41,7 %	27,6 %	39,2 %
1a. Buprenorfin depot 1 uke	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
1b. Buprenorfin depot 4 uker	6,8 %	25,0 %	13,8 %	13,4 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	2,3 %	16,7 %	13,8 %	9,3 %
3. SROM	11,4 %	4,2 %	0,0 %	6,2 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	6,8 %	4,2 %	6,9 %	6,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	84,3	132,5	90,0	91,0
------------	------	-------	------	------

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
1. Buprenofin (Subutex)	13,8	12,8	23,0	15,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,0	0,0	0,0	16,0
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	58,1 %	96,0 %	81,5 %	74,7 %
1. Fastlege	41,9 %	0,0 %	18,5 %	24,2 %
2. Annen lege	0,0 %	4,0 %	0,0 %	1,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	31,8 %	56,0 %	17,9 %	34,0 %
1. Ja	52,3 %	44,0 %	78,6 %	57,7 %
9. Ukjent	15,9 %	0,0 %	3,6 %	8,2 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	72,7 %	92,0 %	82,1 %	80,4 %
1. Ja	6,8 %	8,0 %	14,3 %	9,3 %
9. Ukjent	20,5 %	0,0 %	3,6 %	10,3 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,5	2,3	1,0	2,0
b. Derav antall utlevert overvåket	2,1	3,2	1,7	2,2
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	7,0 %	0,0 %	28,6 %	11,5 %
1. Apotek	46,5 %	36,0 %	42,9 %	42,7 %
2. Kommunal tjenesteapparat	34,9 %	56,0 %	21,4 %	36,5 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	2,3 %	4,0 %	0,0 %	2,1 %
4. Legekontor	2,3 %	4,0 %	7,1 %	4,2 %
10. Annet	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	4,7 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
A11. Urin/spyttprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	52,3 %	91,7 %	10,3 %	49,5 %
1. Stikkprøver	9,1 %	0,0 %	89,7 %	30,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	29,5 %	8,3 %	0,0 %	15,5 %
9. Ukjent	9,1 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,1	0,1	0,2

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
B. SISTE FIRE UKER FØR				
UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	52,3 %	92,0 %	57,1 %	63,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	25,0 %	8,0 %	42,9 %	25,8 %
9. Ikke avtalt	22,7 %	0,0 %	0,0 %	10,3 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	60,5 %	100,0 %	78,6 %	76,0 %
1. Overført	39,5 %	0,0 %	14,3 %	21,9 %
9. Annet / Ukjent	0,0 %	0,0 %	7,1 %	2,1 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	52,3 %	76,0 %	64,3 %	61,9 %
1. Ja	36,4 %	24,0 %	35,7 %	33,0 %
9. Ukjent	11,4 %	0,0 %	0,0 %	5,2 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?				
0. Nei	75,0 %	80,0 %	85,7 %	79,4 %
1. Ja	13,6 %	20,0 %	14,3 %	15,5 %
9. Ukjent	11,4 %	0,0 %	0,0 %	5,2 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	86,4 %	76,0 %	72,4 %	79,6 %
1. Ja	4,5 %	4,0 %	17,2 %	8,2 %
9. Ukjent	9,1 %	20,0 %	10,3 %	12,2 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	79,5 %	64,0 %	82,8 %	76,5 %
1. Ja	11,4 %	36,0 %	17,2 %	19,4 %
9. Ukjent	9,1 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	47,7 %	64,0 %	55,2 %	54,1 %
1. Ja	25,0 %	32,0 %	31,0 %	28,6 %
9. Ukjent	27,3 %	4,0 %	13,8 %	17,3 %

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
b. Alvorlig angst				
0. Nei	45,5 %	60,0 %	44,8 %	49,0 %
1. Ja	25,0 %	36,0 %	41,4 %	32,7 %
9. Ukjent	29,5 %	4,0 %	13,8 %	18,4 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	65,9 %	88,0 %	79,3 %	75,5 %
1. Ja	2,3 %	8,0 %	3,4 %	4,1 %
9. Ukjent	31,8 %	4,0 %	17,2 %	20,4 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	22,7 %	48,0 %	14,8 %	27,1 %
1. Ja	52,3 %	48,0 %	70,4 %	56,3 %
9. Ukjent	25,0 %	4,0 %	14,8 %	16,7 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	63,6 %	82,6 %	82,8 %	74,0 %
1. Ja	2,3 %	13,0 %	3,4 %	5,2 %
9. Ukjent	34,1 %	4,3 %	13,8 %	20,8 %
b. Cannabis				
0. Nei	38,6 %	60,9 %	41,4 %	44,8 %
1. Ja	27,3 %	39,1 %	44,8 %	35,4 %
9. Ukjent	34,1 %	0,0 %	13,8 %	19,8 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	58,1 %	91,3 %	72,4 %	70,5 %
1. Ja	9,3 %	8,7 %	10,3 %	9,5 %
9. Ukjent	32,6 %	0,0 %	17,2 %	20,0 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	61,4 %	78,3 %	69,0 %	67,7 %
1. Ja	4,5 %	21,7 %	17,2 %	12,5 %
9. Ukjent	34,1 %	0,0 %	13,8 %	19,8 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	59,1 %	91,3 %	75,9 %	71,9 %
1. Ja	6,8 %	8,7 %	3,4 %	6,3 %
9. Ukjent	34,1 %	0,0 %	20,7 %	21,9 %

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	38,6 %	56,5 %	34,5 %	41,7 %
1. Få enkeltepisoder	15,9 %	26,1 %	13,8 %	17,7 %
2. Regelmessig bruk	15,9 %	17,4 %	34,5 %	21,9 %
9. Ukjent	29,5 %	0,0 %	17,2 %	18,8 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	43,2 %	60,9 %	42,9 %	47,4 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	15,9 %	21,7 %	21,4 %	18,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	6,8 %	17,4 %	21,4 %	13,7 %
9. Ukjent	34,1 %	0,0 %	14,3 %	20,0 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	70,5 %	72,0 %	75,9 %	72,4 %
1. Ja	4,5 %	28,0 %	10,3 %	12,2 %
9. Ukjent	25,0 %	0,0 %	13,8 %	15,3 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	72,7 %	96,0 %	86,2 %	82,7 %
1. Ja	6,8 %	4,0 %	3,4 %	5,1 %
9. Ukjent	20,5 %	0,0 %	10,3 %	12,2 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	70,5 %	92,0 %	86,2 %	80,6 %
1. Ja	4,5 %	8,0 %	6,9 %	6,1 %
9. Ukjent	25,0 %	0,0 %	6,9 %	13,3 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	31,8 %	48,0 %	37,9 %	37,8 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	27,3 %	32,0 %	20,7 %	26,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	22,7 %	20,0 %	27,6 %	23,5 %
9. Ukjent	18,2 %	0,0 %	13,8 %	12,2 %
C5. Fornøydhhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	50,0 %	88,0 %	58,6 %	62,2 %

	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh	Region
1. Både-og	18,2 %	8,0 %	17,2 %	15,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	29,5 %	4,0 %	24,1 %	21,4 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	65,9 %	80,0 %	66,7 %	70,0 %
1. Både-og	25,0 %	16,0 %	33,3 %	24,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,5 %	4,0 %	0,0 %	3,3 %
9. Ukjent	4,5 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	72,7 %	95,8 %	69,0 %	77,3 %
1. Ja	27,3 %	4,2 %	24,1 %	20,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	6,9 %	2,1 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	31,8 %	8,0 %	13,8 %	20,4 %
1. Ja	68,2 %	92,0 %	86,2 %	79,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	81,8 %	96,0 %	82,1 %	85,6 %
1. Ja	18,2 %	4,0 %	10,7 %	12,4 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	7,1 %	2,1 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	95,5 %	96,0 %	85,7 %	92,8 %
1. Ja	4,5 %	4,0 %	7,1 %	5,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	7,1 %	2,1 %

