

SERAF RAPPORT 2/2024

Statusrapport 2023

Tjuefem år med legemiddelassisert rehabilitering (LAR)

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

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

Forord

SERAF utarbeider en årlig nasjonal statusrapport for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapporten er basert på en kartlegging som alle LAR-enhetene gjennomfører en gang i året. Formålet er å kartlegge pasientenes situasjon, behandling, og behandlingsutfall i LAR.

I statusrapporten oppsummeres sentrale funn om situasjonen til pasienter i LAR, aktuell behandlingsstatus, medikamentell behandling (inkludert valg av medikament og dosering), psykososial oppfølging (som behandlingsmål, individuell plan, ansvarsgruppemøter og behandling for psykiske helseproblemer), psykisk helse, fysisk helse, og rusbruk. I tillegg presenteres funn om dødsfall blant pasienter i LAR siste år.

Statusrapporten for 2023 markerer 25 år med LAR i Norge, og er den andre statusundersøkelsen som gjennomføres etter innføringen av reviderte LAR-retningslinjer i 2022. Statusundersøkelsen har vist at LAR over tid har blitt en godt etablert, standardisert behandling for de fleste med opioiddominert avhengighet. Behandlingen er i stadig utvikling, med gradvis økt fleksibilitet og fokus på brukermedvirkning gjennom praksis og reviderte retningslinjer.

I statusundersøkelsen for 2023 har LAR-enheter som benytter det elektroniske journalsystemet DIPS Arena besvart en noe videreutviklet versjon som inkluderer tilleggsopplysninger. Pasientene som får behandling i disse LAR-enhetene har oppgitt opplysninger om bruk av behandlingsplan, bivirkninger, fysisk helse, sykdommer, smerte og behandling siste år, samt tobakkbruk. Nytt av året er i tillegg spørsmål om hvorvidt pasienten har mottatt informasjon om klagerett i LAR. Vi håper og tror at disse spørsmålene kan bidra til å videreutvikle kunnskap om pasientenes situasjon og viktige aspekter av behandlingen.

Denne rapporten er resultatet av betydelig innsats i hver LAR-enhet. Vi takker for innsatsen fra pasienter i LAR som har besvart statusundersøkelsen, LAR-ansatte over hele landet for arbeidet med innsamling av svar, og for et godt samarbeid med LAR-enhetene og med Helsedirektoratet. Takk også til Anne Bukten for gjennomlesning og innspill.

Oslo, 2024

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

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

SAMMENDRAG

Resultatene fra statusundersøkelsen 2023 viser at antall pasienter i LAR var 8467 pasienter fordelt på 20 LAR-enheter. Det er jevnt over kontinuitet i behandlingen og få utskrivninger. Samlet sett antyder dette jevnt over god dekningsgrad, og at behandlingen fungerer på en slik måte at de fleste blir værende over tid. Pasientene som avslutter behandlingen gjør dette primært etter eget ønske. Svarprosenten i årets statusundersøkelse var på 83%, og pasienter medvirker i utfyllingen i 73% av tilfellene.

Deltakere

- Kjønnsbalansen i LAR er stabil. Kvinner utgjør omtrent 30% av pasientpopulasjonen.
- Vi ser en fortsatt svak økning i gjennomsnittsalderen (48 år).
- De fleste har en stabil bosituasjon, med egen eid eller leid bolig (80%).
- De fleste er ikke i jobb eller utdanning (83%).
- De fleste har uføretryd eller alderspensjon som hovedinntekt (70%).

Medikamentell behandling og medisinsk sikkerhet

- De siste årene har det vært en utvikling i den medikamentelle behandlingen ved at det tilbys et større spekter av LAR-medikamenter. Buprenorfin monopreparat er det mest brukte LAR-medikamentet (37%), etterfulgt av metadon (30%). Buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat benyttes i stadig mindre grad (6%). Buprenorfin depot injeksjon, innført i 2019, har blitt et av de mest brukte medikamentene (19%). Andelen med andre LAR-medikamenter har også økt fra tidligere (8%).
- Samlet sett rapporterte 9% av et delutvalg om bivirkninger av sitt LAR-medikament.
- Benzodiazepiner ble forskrevet til 40% av pasientene.
- Rusprøver blir gradvis mindre benyttet. Omtrent 45% har ingen rusprøveordning, mens 52% enten har avtale om regelmessige rusprøver eller stikkprøver.

Psykososial oppfølging

- LAR-behandlingen er forankret i spesialisthelsetjenesten for de fleste av pasientene (78%).
- De fleste av pasientene, 69%, hadde rehabilitering med rusfrihet som sitt overordnede behandlingsmål.
- De færreste, 11%, hadde en individuell plan.
- Ansvarsgruppemøter hadde blitt avholdt siste tre måneder for 28% av pasientene.
- I et delutvalg hadde 69% en aktiv behandlingsplan.
- Kun 14% mottok behandling for psykiske helseproblemer.

Behandlingstilfredshet og klagerett

- De fleste pasientene, 59%, rapporterte om tilfredshet med LAR-behandlingen.
- Til sammenligning var behandlerne tilfreds med behandlingen for 67% av pasientene.
- Like under halvparten, 48%, hadde mottatt informasjon om klagerett på LAR-behandlingen.

Psykisk og fysisk helse

- Psykiske helseproblemer er nokså utbredt i pasientpopulasjonen: 26% rapporterte om alvorlige angstsymptomer, 16% om alvorlige depressive symptomer, og 7% om vrangforestillinger.
- Andelen som hadde hatt fysiske skader eller sykdommer som reduserte livsførsel eller livskvalitet siste fire uker var 37%, og tilsvarende var andelen i et ettårsperspektiv 43%.
- Hele 69% hadde vært til legeundersøkelse siste år.
- Det ble rapportert om kroniske smerter i minst tre måneder for 34% av pasientene.
- De mest utbredte sykdommene siste år var tannproblemer (19%), kronisk lungesykdom (9%), høyt blodtrykk (6%) og overvekt (6%).
- Som tidligere var andelen med positiv hiv-status lav (1%). Andelen med positiv hepatitt C-status var nokså lav (6%).

Rusbruk

- De mest brukte rusmidlene som ble benyttet til rusformål var benzodiazepiner (33%) og cannabis (30%). Opioider utenom LAR-medikament ble brukt av 9%.

- Omtrent halvparten, 49%, hadde god rusmestring, og 21% hadde blandet rusmestring.

Heroinassistert behandling (HAB)

- Pasienter i HAB har mange likhetstrekk med LAR-populasjonen, men er også et utvalg av LAR-pasienter med noe mer sosial ustabilitet og mer rusbruk i behandling enn majoriteten i LAR. Sammenlignet med ordinært LAR var tilfredsheten noe høyere i HAB. I de kommende årene vil HAB-populasjonen og erfaringene fra prøveprosjektene i Oslo og Bergen bli evaluert.

Dødsfall

- I 2023 var det 138 personer som døde under LAR-behandling. 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.

Det er på enkelte områder geografisk variasjon mellom LAR-enhetene. Dette kan trolig i noen grad forklares med ulike kjennetegn blant pasientene, ulik organisering av behandlingen, og regionale utfordringer og ressurser. Når det gjelder utvikling av LAR, særlig i lys av innføringen av de reviderte retningslinjene i 2022, så ser vi snarere gradvise endringer, fremfor drastiske, tydelige endringer på kort sikt. Dette er forenlig med at det tar tid å implementere retningslinjer i praksis.

Innhold

25 ÅR MED LAR I NORGE	1
ORGANISERING OG ÅRSVERK	3
Organisering av LAR-behandlingen.....	3
Årsverk.....	4
Profesjonsgrupper og spesialisttilgang	5
KAPASITET OG PASIENTSTRØM.....	6
Antall pasienter i behandling	6
Inntak og utskrivninger	6
Vurderinger av utviklingen i praksis for inntak og utskrivninger.....	9
STATUSUNDERSØKELSEN 2023	10
Svarprosent.....	10
Pasientinvolvering i statusundersøkelsen.....	10
Vurderinger av statusundersøkelsen	11
DELTAKERE	12
Kjønn og alder.....	12
Bosituasjon	13
Hovedaktivitet	14
Hovedinntekt	15
Vurderinger av pasientenes situasjon.....	17
MEDIKAMENTELL BEHANDLING	18
Valg av medikament.....	18
Dosering av LAR-medikament.....	19
Tilleggsforskrivning av benzodiazepiner	20
Forskrivende lege.....	21
Bivirkninger av LAR-medikament	22
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen.....	24
MEDISINSK FORSVARLIGHET	25
Medikamentutlevering	25
Utleveringssted	26
Rusprøver	26
Vurderinger av medisinsk forsvarlighet.....	28
PSYKOSOSIAL OPPFØLGING	29
Forankring av behandlingen.....	29
Behandlingsmål.....	29
Individuell plan og ansvarsgruppemøter	31
Behandlingsplan.....	33
Behandling av psykiske helseproblemer	34
Vurderinger av den psykososiale oppfølgingen	35
KLAGERETT	36
Informasjon om klagerett.....	36
Vurdering av kjennskap til klagerett.....	37
BEHANDLINGSTILFREDSHET	38
Pasientenes tilfredshet med behandlingen	38
Behandleres tilfredshet med behandlingen.....	39
Endringsbehov	40
Vurderinger av pasient- og behandler tilfredshet	41
PSYKISK HELSE.....	42
Depressive symptomer.....	42
Angstsymptomer	42
Vrangforestillinger	43
Psykiske helseproblemer	44
Vurderinger av psykisk helsetilstand	44
FYSISK HELSE OG BEHANDLING	45

Fysisk helse siste fire uker	45
Legeundersøkelse.....	46
Fysiske skader og sykdommer	47
Forekomst av ulike sykdommer.....	47
Behandling av ulike sykdommer	48
Kroniske smerter og behandling	48
Bruk av tobakk	49
Humant immunsviktvirus (HIV)	51
Hepatitt C	52
Vurderinger av fysisk helse og behandling	53
RUSBRUK	54
Opioider utenom LAR-medikament	54
Cannabis.....	54
Benzodiazepiner	55
Sentralstimulerende midler.....	56
Aktuell rusbruk over tid.....	56
Hyppighet av rusbruk	57
Rusmestring.....	58
Omfang av rusbruk.....	58
Injiserte rusbruk.....	59
Overdoser	60
Vurderinger av rusbruk siste år	60
LOVBRUDD	61
PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING	62
Deltakere.....	62
Medikamentell behandling og medisinsk sikkerhet.....	62
Psykososial oppfølging og behandlingstilfredshet	62
Psykisk og fysisk helse.....	63
Rusbruk	63
Vurderinger av pasientenes situasjon.....	63
DØDSFALL	64
Dødsårsaker og aldersprofil	65
Overdosedødsfall	66
Dødssted.....	66
LAR-medikamenter og doseringsnivå.....	66
Bruk av rusmidler siste måned før død	67
Vurderinger av dødsfall i LAR.....	67
KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	68
LAR-RELEVANTE PUBLIKASJONER FRA SERAF	69
TABELLER OG STATISTIKK.....	71
NORGE OG REGIONER	71
Sør	79
Vest.....	87
Øst	95
Midt.....	103
Nord	111

25 ÅR MED LAR I NORGE

Årets statusundersøkelse, med nasjonale data fra 2023, markerer 25 år med LAR som et nasjonalt behandlingstilbud ved opioidavhengighet. Før LAR ble etablert, var det en periode der vedlikeholdsbehandling med metadon ikke var lovlig, og behandlingstilbudet var i realiteten medikamentfri behandling, vanligvis gjennom langvarige døgntilbeholdningsopphold. Selv om noen gjennomgikk slik behandling og ble langvarig rusfrie, hadde ikke behandlingen veldig gode resultater. Ved alvorlig opioidavhengighet var behandlingsresultatene kjennetegnet av både frafall underveis i en behandlingsepisode og tilbakefall til alvorlig rusmiddelbruk etter avsluttet behandling.

Gjennom 1990-tallet var overdosedødelighet forårsaket av heroin et økende problem. Dette toppet seg i år 2000 da det var flere enn 400 dødelige overdoser, majoriteten blant injiserende heroinbrukere. I siste del av 1990-tallet ble det derfor gjennomført et par mindre behandlingsforsøk spesielt i målgruppen blant heroinbrukere med langt kommet HIV (HIV-Met). Resultatene var gode, og behandlingen ble etter hvert etablert som et nasjonalt tilbud i 1998.

Frem mot etableringen av et nasjonalt LAR var det både faglig og politisk motstand, og behandling ble delvis som en konsekvens av dette, strengt regulert. Innledningsvis var det de mest alvorlig rammede blant personer med heroinavhengighet som skulle nås med den nye behandlingen. Det ble laget et estimat for hvor stort omfang man tenkte at LAR ville få i Norge, og dette estimatet var 600 pasienter.

Veiledningen for hvem som skulle kvalifisere for behandlingen ble satt strengt, og det var krav om mer enn 10 års opioidavhengighet, helst flere behandlingsforsøk (medikamentfritt) som ikke hadde ført frem, og det var satt en nedre aldersgrense på 25 år. LAR ble sett på som en «siste sjanse» når alt annet var prøvd ut.

Også i behandlingen var rammene strikte. Det var krav om en målsetting om rusfrihet fra alle illegale rusmidler for alle pasienter, hyppige overvåkede rusprøver, tett klinisk oppfølging, og mange pasienter møtte til daglig henting av LAR-medikamenter. Samtidig var tilleggskrivning av benzodiazepiner ikke regnet for å være gangbar klinisk praksis. I internasjonal sammenheng kan vi si at norsk LAR kom sent i gang, ettersom behandlingen ble etablert fra midten av 1960-tallet i USA og kom til Sverige allerede i løpet av 1960-tallet. Vår opprinnelige LAR-modell ble også omtalt som «høyterskel»-behandling, altså at det skulle mye til å kvalifisere for behandlingen, samtidig som det var strenge krav til selve gjennomføringen. Det var mye fokus på kontroll av samtidig rusbruk. I den første perioden kunne man bli skrevet ut fra LAR mot sin vilje dersom man hadde vedvarende bruk av illegale rusmidler samtidig som man var i LAR-behandling.

Det ble fra 1998 etablert behandlingssentre i alle landets fylker, og man bygget opp et nasjonalt behandlingssystem. De første par årene var det kun metadon som var tilgjengelig som LAR-medikament, men fra 2000 ble også buprenorfin introdusert som LAR-medikament. Det ble fra tidlig av etablert nasjonale LAR-ledermøter der både praktiske, kliniske sider og erfaringer og formelle aspekter av behandlingen ble drøftet. Disse møtene ble opprinnelig arrangert hvert kvartal. I det videre har disse blitt til de halvårige nasjonale LAR-nettverksmøtene. Videre ble LAR-konferansen en arena som samlet fagfolk på rusfeltet annenhvert år for å sette søkelys på LAR-relevante temaer, samt for å videreutvikle kunnskap og kompetanse om LAR.

Allerede fra år 2000 ble det utarbeidet rapporter som kan sies å være forløpere til statusrapportene med en gjennomgang av utviklingen av behandlingen nasjonalt. Fra de tidlige statusrapportene kan vi lese at fokuset de første årene var å øke kapasitet og med det behandlingens tilgjengelighet, samt å etablere gode kliniske rutiner. Nokså fort så man at estimatet for kapasitet på 600 var for lavt, og at etterspørselen ble større enn tilbudet var dimensjonert for. Dette resulterte i lange ventelister for LAR i startfasen. I perioder kunne det være mer enn ett års ventetid på LAR-behandling.

I dag er denne beskrivelsen av LAR i etableringsfasen nokså fjern. Det som kjennetegner LAR i Norge i dag er at vi i europeisk- og verdenssammenheng er i topp når det gjelder dekningsgrad av behandling for denne målgruppen. Vi antar at mellom 70-80% av målgruppen i norsk sammenheng er i behandling, og i dag utgjør dette omtrent 8500 LAR-pasienter. Vi har også god retensjon i LAR i Norge i internasjonal sammenheng, der omtrent 70% av pasientene er i sammenhengende behandling etter 12 måneder i LAR. LAR i Norge inkluderer

i dag en rekke LAR-medikamenter, i ulike administrasjonsformer, som i sum bidrar til at en stor andel av pasientene kan finne et medikament som fungerer for seg. Vi kan si at LAR i Norge har vist seg å være en fleksibel behandlingsmodell som gradvis endres og tilpasses, med avdekking av nye behov og prioriteringer.

Utviklingen av norsk LAR har blant annet blitt drevet frem gjennom samspillet mellom forskning og klinisk praksis. I tillegg har brukerorganisasjonene, herunder ProLAR Nett og Marborg, spilt en viktig rolle i å fremme pasientenes perspektiver og erfaringer med LAR. LAR-forskriften, som hadde ikrafttredelse i 2010, samt LAR-retningslinjene fra 2010 og de reviderte retningslinjene fra 2022, har også hatt betydning for hvilken retning behandlingen har utviklet seg i. Det legges i dag økt vekt på pasienters involvering i egen behandling, samt behandleres muligheter til å gjøre individuelle vurderinger for den enkelte pasient, blant annet i medikamentvalg, dosering, rusprøver og utleveringsordninger. I LAR-forskriften fremheves økt livskvalitet og støtte til å endre sin livssituasjon som selve formålet med LAR (§2).¹

I Norge har vi tilegnet oss unik kunnskap om utviklingen av LAR gjennom å ha en årlig nasjonal statusrapport, sammen med annen LAR-relevant forskning. Dette har betydd at vi hvert år har kunnet følge med på utvikling i antall pasienter i behandling og utvikling i klinisk praksis. I tillegg så har dette lagt til rette for muligheter til å kunne informere og justere videre behandlingstilnærming nærmest fortløpende. Funnene fra statusundersøkelsen presenteres hvert år på LAR-nettverksmøtet slik at ulikheter i praksis kan drøftes. Ved at funnene fra statusundersøkelsen presenteres på LAR-nettverksmøtet så kan ulikheter i praksis og prioriteringer i det videre drøftes nokså jevnlig. Dette kjennetegnet ved norsk LAR er det verdt å ivareta, slik at det kan gjøres kursendringer underveis, og at satsningsområder kan identifiseres gjennom nettverk og dialog og prioriteres fortløpende.

Prioriteringer og satsningsområder i LAR har utviklet seg underveis, fra det tidlige fokuset på opprettelse og innarbeidelse av rutiner, til kapasitetsøkning, og videre til kvalitetsforbedringer, inkludert økt vektleggelse av brukarmedvirkning og individuelle vurderinger. I de kommende årene ser vi for oss at særlig aldersrelatert somatisk helse og levekår blir viktige satsningsområder, i tillegg til muligheter for deltakelse i aktiviteter og sosiale nettverk uavhengig av alder.

¹ Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

ORGANISERING OG ÅRSVERK

LAR er del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, organisert i de enkelte helesforetakene. LAR er organisert som samarbeid mellom helseforetakets enhet for rusbehandling, helse- og sosialtjenesten i den kommunen pasienten er bosatt i, og fastlege. LAR skal sikre organisering av sammensatte og helhetlige tjenester.

Organisering av LAR-behandlingen

LAR-behandling tilbys i fire helseregioner; Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord, og Helse Sør-Øst. Sistnevnte er delt opp i denne statusrapporten. Helse Vest består av Stavanger, Fonna, Førde og Bergen. Helse Midt består av Møre og Romsdal, St. Olavs hospital, og Nord-Trøndelag. Helse Nord består av Helgelandssykehuset, Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset. Videre består Helse Sør av Drammen, Asker og Bærum, Telemark og Sørlandet sykehus, og Helse Øst av Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Østfold og Innlandet. LAR-tjenestene blir i denne rapporten referert til som LAR-enheter. Totalt er det omtrent 20 overordnede LAR-enheter.

LAR-enhetene er ulikt organisert, primært i form av et eget LAR-team som er integrert i en ruspoliklinikk eller som separat LAR-team eller LAR-poliklinikk i tillegg til øvrig TSB (Tabell 1). Noen LAR-enheter benytter imidlertid ulike og sammensatte organisasjonsformer internt, der deler av enheten er integrert i ruspoliklinikk og deler av enheten organisert som separat LAR-team eller LAR-poliklinikk. Dette innebærer at det er vanskelig å gi en forenklet fremstilling av organiseringen på enhetsnivå som godt nok beskriver praksis.

Tabell 1. Organisering av LAR-enhet

	LAR-team integrert i ruspoliklinikk	Separat LAR-team/LAR-poliklinikk
Oslo		x
Akershus	x	
Østfold	x	
Innlandet	x	x
Asker og Bærum	x	
Drammen		x
Vestfold		x
Telemark		x
Sørlandet		x
Bergen		x
Stavanger		x
Førde		x
Fonna	x	x
St. Olav	x	
Møre og Romsdal	x	
Nord-Trøndelag	x	
UNN	x	
Nordlandssykehuset	x	
Helgelandssykehuset	-	-
Finnmarkssykehuset	x	

I tillegg til den grovkornede fremstillingen i tabell 1, har noen av LAR-enheten spesifisert sin organiseringsmåte ytterligere:

- LAR i Oslo har to egne LAR-poliklinikker, hvorav den ene av disse består av to bydelsteam (behandlersteam) og et legemiddelteam. I tillegg kommer HAB i Oslo.
- LAR i Akershus består av fem LAR-team integrert i sine respektive ruspoliklinikker.
- LAR i Innlandet inngår i fire DPS, hvorav flere av disse har flere lokasjoner. Hvert DPS har LAR-team. Sykehuset i Innlandet har også åtte Flexible Assertive Community Treatment (FACT) team. DPS

Gjøvik holder til på tre lokasjoner og har et eget LAR-team. DPS Lillehammer server LAR-pasienter ved to lokasjoner, samt gjennom FACT. DPS Elverum-Hamar server LAR-pasienter ved to lokasjoner og har tett samarbeid med FACT. DPS Tynset har noen LAR-pasienter og får støtte fra DPS Elverum-Hamar i oppfølgingen av disse.

- LAR i Gjøvik (Innlandet) er integrert i ruspoliklinikk, allmennpoliklinikk, samt i to flexible assertive community treatment (FACT) team.
- LAR i Vestfold består av to poliklinikker som holder til på fire ulike lokasjoner.
- LAR i Bergen består av seks desentraliserte poliklinikker, samt et eget team som jobber med pasienter med behov for utvidet sikkerhet. I tillegg kommer HAB i Bergen.
- LAR i Stavanger består av to poliklinikker.
- LAR i Fonna har en nyetablert separat poliklinikk.
- LAR ved Nordlandssykehuset har i tillegg til ruspoliklinikk et lavterskeltilbud som server alle LAR-pasienter i regionen.

Årsverk

Det er stor variasjon i antall LAR-pasienter (59-1127) og totalt antall behandlerårsverk (2-70) på tvers av LAR-enheter (Tabell 2). I tillegg er det stor variasjon i caseload per behandler, det vil si antall pasienter per behandlerårsverk, med laveste caseload i Fonna og høyeste caseload ved Nordlandssykehuset. Det må nevnes at det for mange LAR-enheter er utfordrende å estimere antall årsverk grunnet organiseringsform. I tillegg forekommer variasjoner i estimert antall pasienter per behandlerårsverk grunnet svært ulik organiseringsform, der nær sagt all medikamentutdeling i enkelte LAR-enheter foregår i kommunen, og andre i spesialisthelsetjenesten. Når vi skiller ut HAB (Tabell 3) ser vi at caseloaden er vesentlig lavere enn i ordinært LAR. Dette er i tråd med intensjonene og organiseringsmåten i HAB, samt forstås i lys av at det per nå er satt et tak for maksimalt antall pasienter per HAB-enhet.

Tabell 2. Befolkningsgrunnlag og behandlerårsverk i LAR.

	Befolknings- grunnlag	Antall pasienter	Antall pasienter per 1000 innbyggere ¹	Totalt antall behandler- årsverk ²	Antall pasienter per behandler- årsverk
Oslo*	523.400	1000	1,9	47	21,3
Akershus	618.000	871	1,4	21	41,5
Østfold	300.000	565	1,9	16	35,3
Innlandet	340.000	430	1,3	16	26,9
Asker og Bærum	118.000	177	1,5	8	22,1
Drammen	285.000	333	1,2	8	41,6
Vestfold	256.000	413	1,6	26	15,9
Telemark	173.000	343	2,0	12	28,6
Sørlandet	312.000	620	2,0	20	31,0
Bergen*	465.200	1100	2,4	70	15,7
Stavanger	366.800	620	1,7	45	13,8
Førde	-	-	-	-	-
Fonna	184.000	525	2,9	39	13,5
St. Olav	237.500	360	1,5	7	51,4
Møre og Romsdal	264.500	214	0,8	9	23,8
Nord-Trøndelag	137.000	107	0,8	2	53,5
UNN	-	-	-	-	-
Nordlandssykehuset	140.000	215	1,5	4	53,8
Helgelandssykehuset	-	-	-	-	-
Finnmarkssykehuset	75.800	59	0,8	3	19,7

* Estimater inkluderer ikke HAB. Se separat tabell nedenfor.

¹ Røft estimat basert på tilgjengelig informasjon om befolkningsgrunnlag.

² Rundet opp eller ned ved desimaltall.

Tabell 3. Befolkningsgrunnlag og behandlerårsverk i HAB.

	Befolkningsgrunnlag	Antall pasienter	Totalt antall behandlerårsverk	Antall pasienter per behandlerårsverk
Oslo	523.400	46	18	2,6
Bergen	465.200	27	18	1,5

Profesjonsgrupper og spesialisttilgang

De fleste profesjonsgruppene er representert blant behandlere i LAR i de ulike LAR-enhetene (Tabell 4). En del av LAR-enhetene oppgir at de i tillegg til noen LAR-spesifikke behandlerårsverk også har tilgang til behandlere i øvrig ruspoliklinikk. Dette gjelder særlig tilgang til lege og psykolog. Samtlige LAR-enheter for de det foreligger opplysninger om har tilgang til både legespesialist og psykologspesialist, med unntak av Nord-Trøndelag, Drammen, og deler av Innlandet (Gjøvik), som for tiden kun har tilgang til legespesialist, og Fonna, som for tiden ikke har tilgang til spesialist i LAR-enheten.

I tillegg til de mest utbredte helse- og sosialfaglige profesjonsgruppene finner vi også andre behandlere i enkelte LAR-enheter, der Akershus og Vestfold har fagkonsulent, Akershus, Innlandet og Vestfold har barnevernspedagog, Bergen, Stavanger og St. Olav har ergoterapeuter, Innlandet har miljøterapeut, og Stavanger har helsefagarbeidere med og uten videreutdanning innen rus og psykiatri. Videre har Innlandet treningsfysiolog, og Nordlandssykehuset har arbeids- og utdanningsspesialist. Bergen og Stavanger oppgir at de har erfaringskonsulenter. I de fleste enhetene benyttes merkantilt personale og ledere i øvrig ruspoliklinikk til LAR-oppgaver.

Tabell 4. Profesjonsgrupper representert i LAR.

	Lege	Psykolog	Sykepleier	Sosionom	Vernepleier	Annet
Oslo	x	x	x	x		
Akershus	x	x	x	x		x
Østfold	x	x	x	x	x	
Innlandet	x	x	x	x	x	x
Asker og Bærum	x	x	x	x	x	
Drammen	x	x	x	x		
Vestfold	x	x	x	x	x	x
Telemark	x	x	x		x	x
Sørlandet	x	x	x		x	
Bergen	x	x	x	x	x	x
Stavanger	x	x	x	x	x	
Førde	-	-	-	-	-	-
Fonna	x	x	x	x		
St. Olav	x	x	x	x		x
Møre og Romsdal	x		x	x	x	
Nord-Trøndelag	x		x	x		
UNN	-	-	-	-	-	-
Nordlandssykehuset			x	x		
Helgelandssykehuset	-	-	-	-	-	-
Finnmarkssykehuset	x		x	x		

KAPASITET OG PASIENTSTRØM

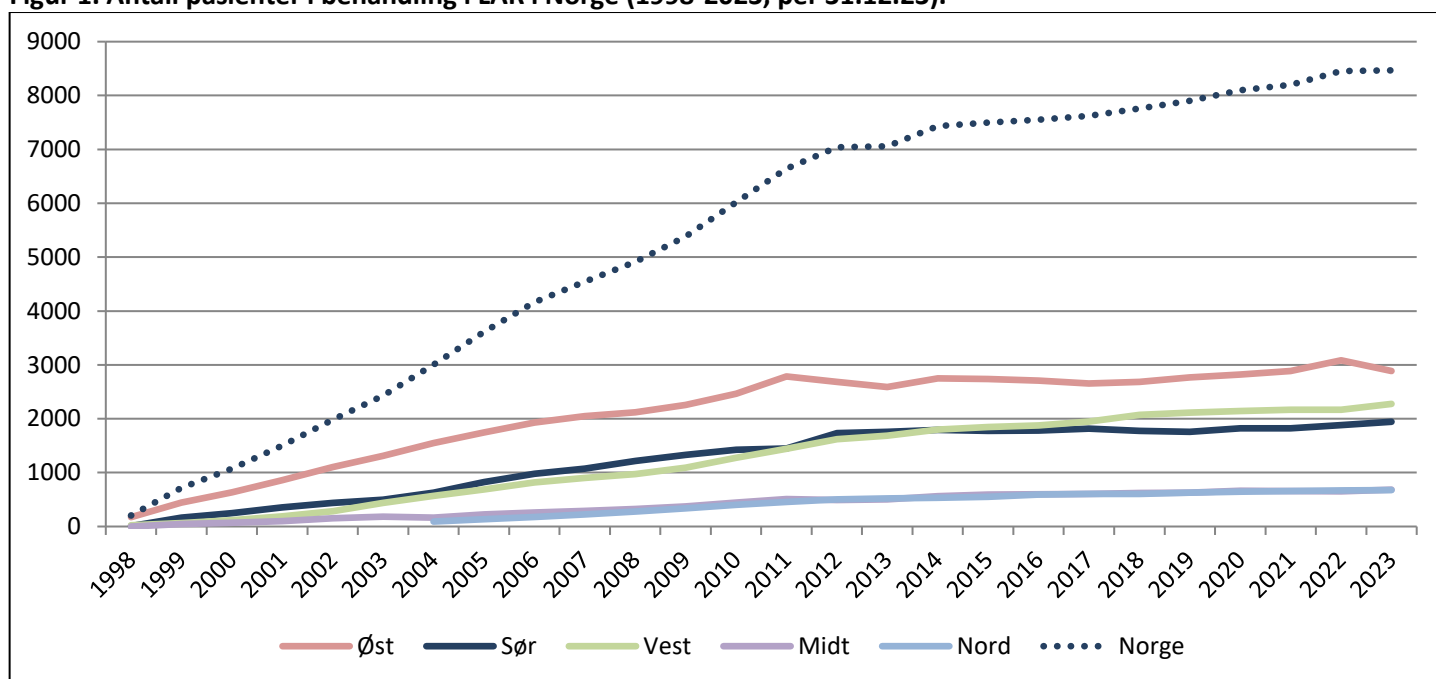
Hver LAR-enhet rapporterer inn antall pasienter og pasientstrøm den 31. desember hvert år. Denne årsoppgaven beskriver antall pasienter i behandling, antall som kommer til og antall som slutter, og danner grunnlaget for våre anslag om behov, kapasitet og sirkulasjon i hele landet og i de enkelte enhetene.

Antall pasienter i behandling

Per 31.12.2023 var det omtrent 8467 pasienter i LAR. Det foreligger dessverre ikke tall fra Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, men for å komplettere bildet har vi valgt å føre inn de samme tallene som for 2022 for disse LAR-enhetene. Det totale antallet pasienter ved utgangen av 2023 (Figur 1) innebærer derfor en svak økning fra 2021 (8198). 2022 skilte seg tydelig ut grunnet innføringen av Helseplattformen i Trøndelag og derav mangelfull rapportering fra Helse Midt for 2022. I årets rapport har vi valgt å jevne ut den grafiske fremstillingen ved å legge inn manglende pasienttall for 2022 med antall pasienter i behandling per 01.01.23 for Helse Fonna, St Olav og Nord Trøndelag, noe som gir 8456 pasienter i 2022.

I fjor fikk 57,0% av pasientene LAR-behandling i Helse Sør-Øst, 26,9% i Helse Vest, 8,1% i Helse Midt og 8,0 % i Helse Nord. Figur 1 viser at veksten i antall pasienter var sterk frem til 2012. Økningen flatet da ut, men antallet fortsatte å stige jevnt fra år til år. Det rapporteres om kun 9 pasienter på landsbasis som ved årsskiftet ikke hadde startet i behandling, og som dermed kan beskrives som «på venteliste».

Figur 1. Antall pasienter i behandling i LAR i Norge (1998-2023, per 31.12.23).

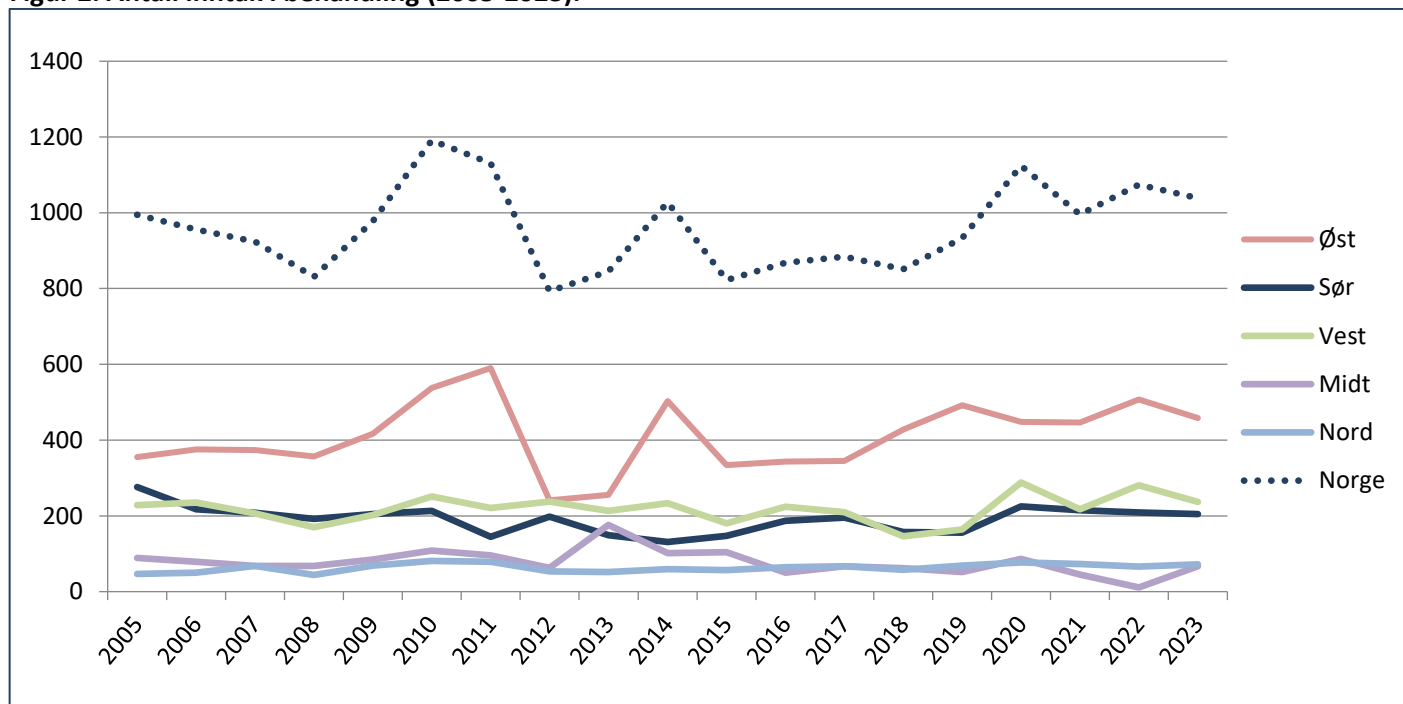


Inntak og utskrivninger

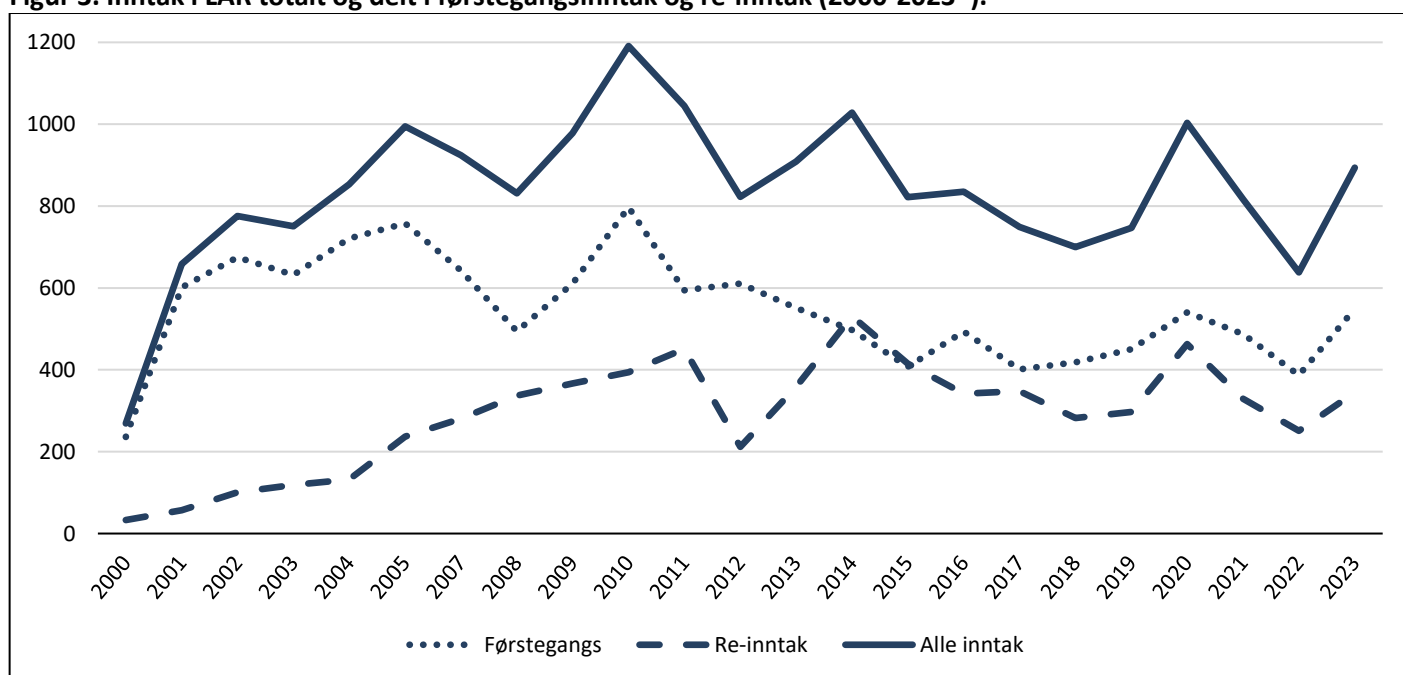
I 2023 startet 1039 pasienter (inkludert overføringer) opp i LAR, 35 færre enn året før (Figur 2). Figuren viser summen av førstegangs- og reinntak, inkludert overføringer, fra 2005, året da region Nord kom til. Helse Sør-Øst er delt i region Sør og Øst for bedre oversikt.

I 2023 var det 549 førstegangsinnntak og 345 reinntak. De resterende inntakene var overføringer mellom LAR-enheter. Figur 3 viser et nokså stabilt antall førstegangsinnntak de siste årene, med godt over 400 årlig, mens noen færre kommer tilbake etter tidligere utskrivninger. Siden 2016 har det vært et stabilt antall årlige inntak.

Figur 2. Antall inntak i behandling (2005-2023).



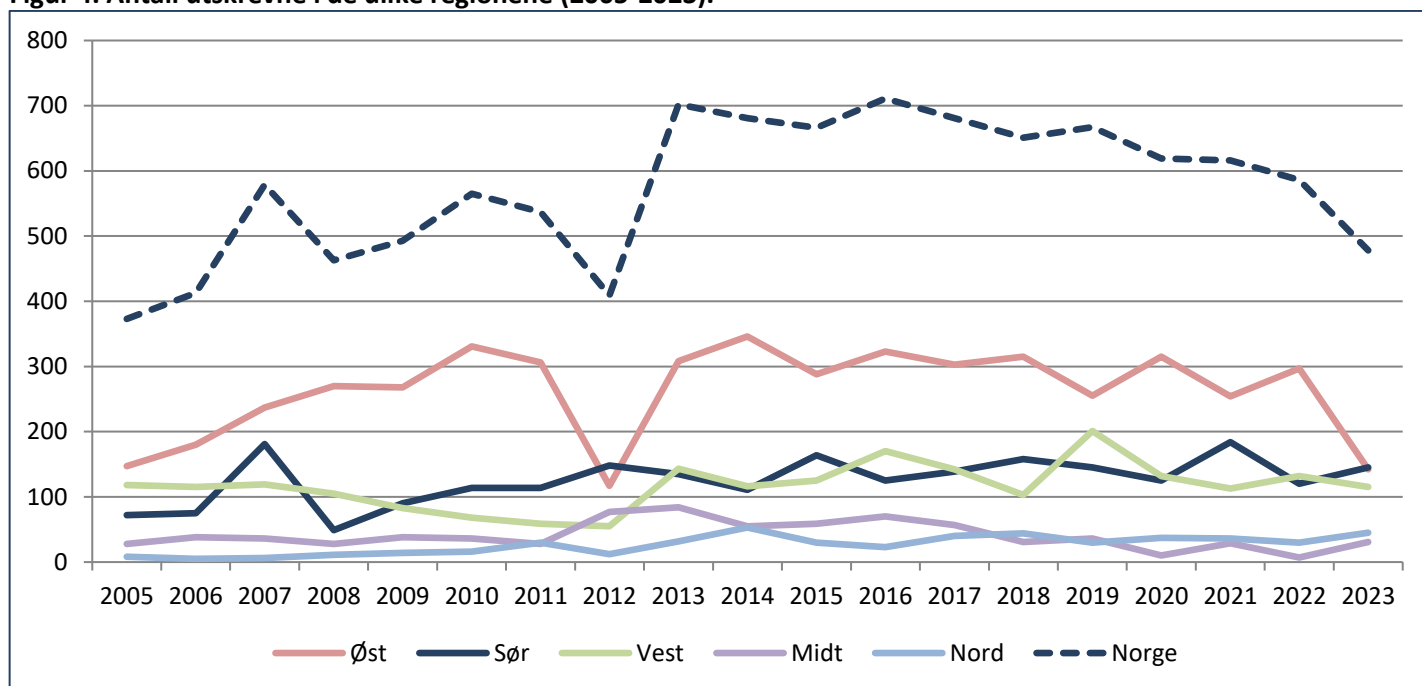
Figur 3. Inntak i LAR totalt og delt i førstegangsinnntak og re-inntak (2000-2023*).



*Mangler data for 2006.

Figur 4 viser utviklingen i utskrivinger fra LAR. Det var totalt 478 utskrivinger i 2023, mot 581 i 2022. Overføringer til annen LAR-enhet er ikke inkludert. Mellom 2014 og 2019 har andelen utskrivinger ligget nokså stabilt rundt 700 årlig (omtrent 8%), mens vi de siste par årene har sett en trend til færre utskrivinger per år. Andelen som forblir i LAR over tid fortsetter å være høy fra et år til det neste, med omtrent 9 av 10 pasienter.

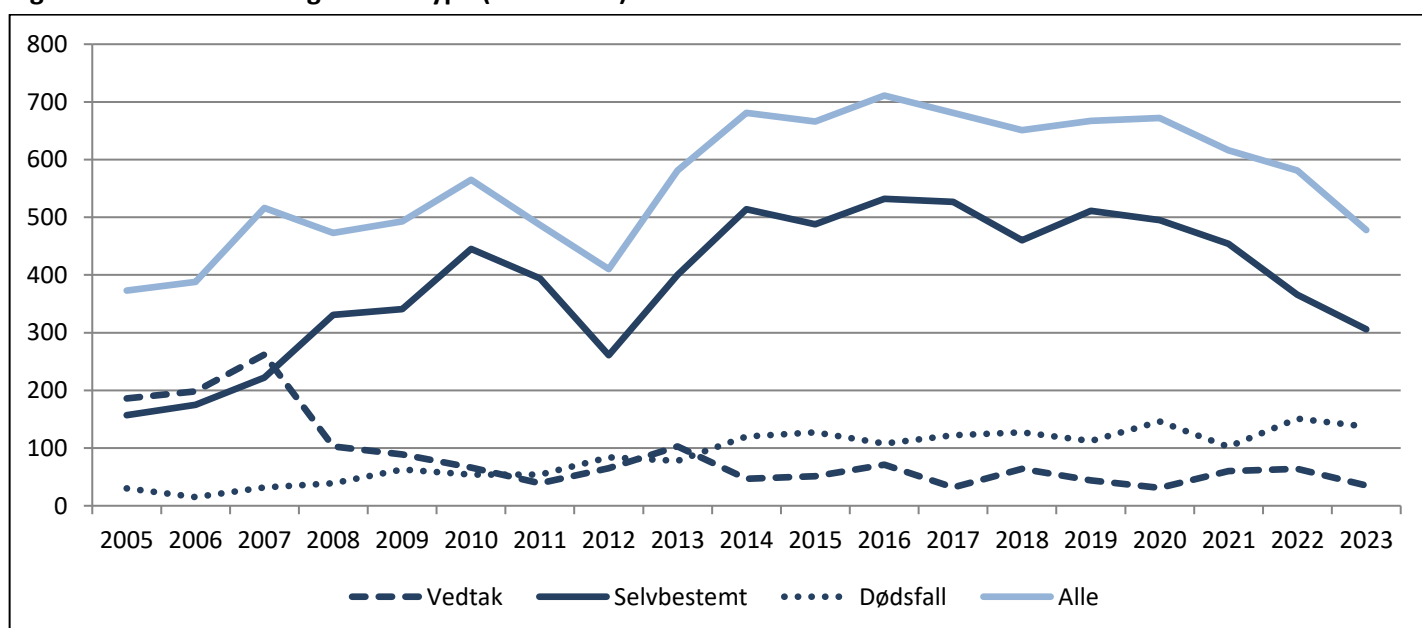
Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene (2005-2023).



I utgangspunktet er LAR anbefalt som en langvarig og tidsavgrenset, eventuelt livslang, behandling, men både planlagt nedtrapping og ikke-planlagte avbrekk forekommer. Utskrivningene kan skje uavhengig av, og eventuelt mot, pasientens vilje. Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet etter helsefaglig vurdering (vedtak om uforsvarlighet), de som styres av pasienten selv (eget ønske), og de som skyldes dødsfall.

Utviklingen over tid er vist i figur 5. Om pasienten slutter å hente medisinen eller aktivt beslutter nedtrapping, vurderes dette til å være et selvbestemt behandlingsavbrudd (grønn linje). Slike behandlingsavbrudd har utgjort majoriteten av det totale antallet behandlingsavbrudd siden 2008, og de ser ut til å ha stabilisert seg rundt 500 årlig mellom 2014 og 2020, med en klar nedgang de siste par årene. I 2023 ble kun 35 pasienter (7,3%) utskrevet etter vedtak om medisinsk uforsvarlighet, noe som er lavere enn i 2022 (64 pasienter tilsvarende 11,0%). I 2023 ble 137 pasienter (28,7%) rapportert avsluttet på grunn av dødsfall, sammenlignet med 151 pasienter (tilsvarende 26,0%) i 2022.

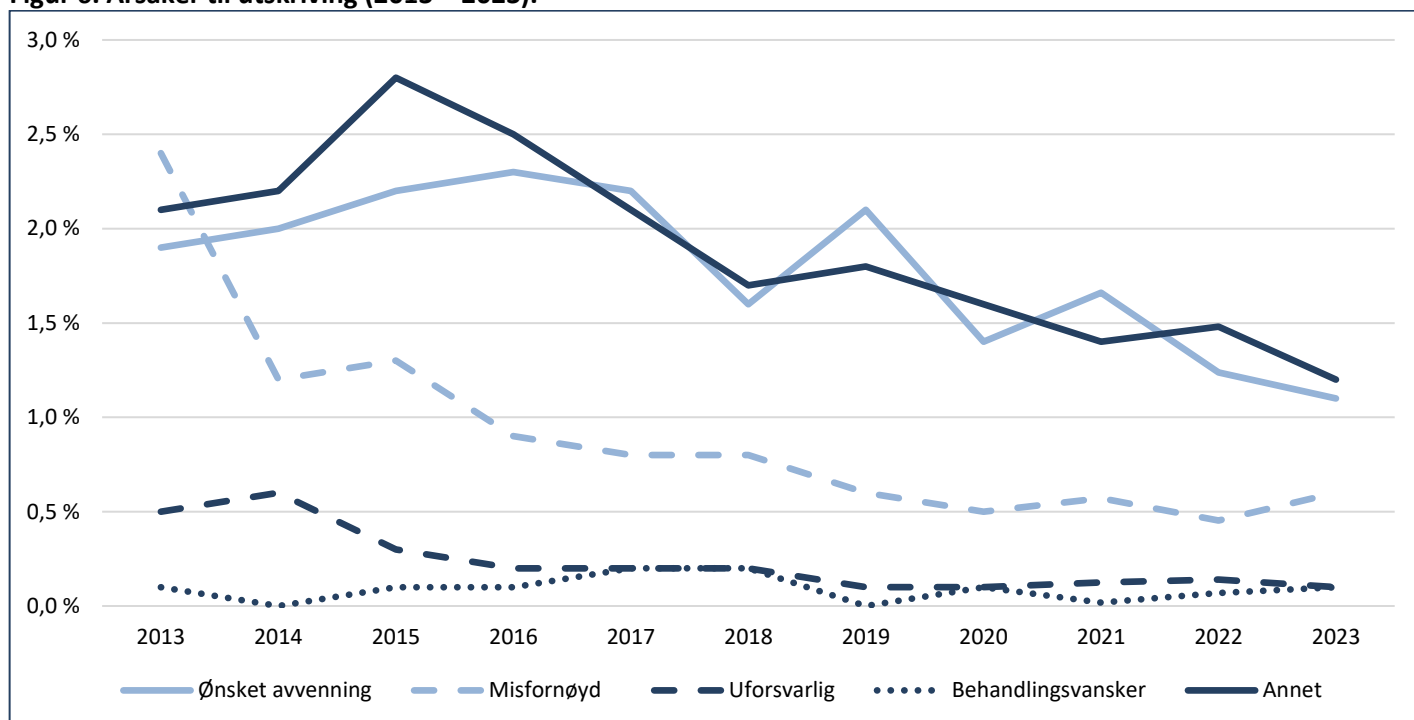
Figur 5. Antall utskrivninger etter type (2005-2023).



Antall utskrivninger har økt i takt med økt antall pasienter som er i behandling. Svært få har blitt utskrevet mot sin vilje etter 2008. Bruken av utskrivningsvedtak har vært stabilt lavt siden 2014 (i gjennomsnitt færre enn 60 per år), til tross for flere som mottar behandling. Hovedgrunnen til behandlingsavbrudd er selvbestemt avslutning. Andel dødsfall for 2023 er sammenlignbart med året før (for detaljer se kapittelet om dødsfall i LAR).

Figur 6 gir en oversikt over årsaker til avsluttet behandling over tid. Andel utskrivninger i perioden 2013-2023 var stabilt lavere enn 5%. I gruppen «andre» kommer også de som er avsluttet på grunn av dødsfall. Andelen som er utskrevet mot egen vilje har blitt redusert. Blant resten ser det ut til at den vanligste begrunnelsen for utskrivning er pasientenes ønske om trappe ned eller avslutte LAR-behandlingen, samt å være aktivt tilfreds med behandlingen. Svært få pasienter skrives ut grunnet vansker i behandlingen eller at behandleren vurderer behandlingen som uforsvarlig. Dette kan tyde på kvalitetsforbedringer over tid.

Figur 6. Årsaker til utskrivning (2013 – 2023).



Vurderinger av utviklingen i praksis for inntak og utskrivninger

Antall pasienter i LAR ser ut til å ha stabilisert seg på i rundt 8500 pasienter de siste par årene, og den jevne økningen fra årene før 2014 har flatet ut. Inntakene har vært noe redusert i årene før 2023, mens trenden knyttet til nye pasienter som kommer til (heller enn reinntak) ser ut til å holde seg stabil. Dette bekrefter at det fortsatt er behov for å nå frem til nye grupper som kan ha nytte av LAR-behandling. Pasientene som søkes til LAR blir rettighetsvurdert i henhold til prioriteringsveilederen og starter raskt i behandling. Som i de foregående årene var det svært få pasienter som ikke ble vurdert med rett til LAR, noe som tyder på veletablerte søknadsrutiner også inn til denne delen av TSB. Utskrivningspraksis har endret seg betydelig de senere årene i en retning hvor man i størst mulig grad tilrettelegger for vedlikehold uavhengig av rusmestring eller rehabiliteringsmål.

STATUSUNDERSØKELSEN 2023

Svarprosent

Nasjonalt ble det innrapportert statusskjema fra 7026 pasienter, mens det var 8467 som mottok LAR ved årsskiftet 2022/2023. Svarandelen var 82,9%, (83,8% i 2022). Det er pasientens koordinator eller ansvarlig behandler som skal fylle ut skjemaene.

Svaralternativet «ukjent» er lite brukt ved de fleste spørsmål om pasientenes situasjon og den medikamentelle behandlingen i LAR. Graden av usikkerhet var imidlertid høyere for psykisk helsetilstand siste fire uker (14,6%-15,2%), kroppslige sykdommer eller skader siste fire uker (10,0%), og rusbruk siste fire uker, samt rusmestring siste år (13,5%-17,3%). I tillegg var ukjentandelen for smittestatus siste år 16,4% for hepatitt C og 10,0% for hiv. Når det gjaldt den psykososiale oppfølgingen var ukjentandelen for individuell plan forhøyet (13,6%). Ukjentandelen for lovbrudd siste år var også nokså høy (16,8%). Den høyeste ukjentandelen var 21,1%, omtrent som årene før, og hadde dermed den høyeste ukjentandelen. Dette synes å samsvare med at pasientene i totalt 26,7% av tilfellene ikke deltok i besvarelsen av statusundersøkelsen, noe som utelukker egenvurdering av fornøydhet. Andelen med ukjent status er tidvis høyere i større LAR-enheter. Ukjentandelen for spørsmålene fra LAR-enhetene som har DIPS Arena er høyere, men dette skyldes delvis at mangel på svar på konkrete spørsmål for DIPS Arena er fortolket som «ukjent». Ukjentandelene for disse spørsmålene (for eksempel klagerett og bivirkninger) må derfor tolkes med forbehold.

Pasientinvolvering i statusundersøkelsen

Tabell 5 nedenfor viser en oversikt over LAR-enhetene som har deltatt i statusundersøkelsen, samt i hvilket omfang pasientene har blitt involvert i utfyllingen. Alle enheter rapporterte enkeltvis og er gruppert slik det fremgår av tabellen. I tillegg visualiserer figur 7 graden av pasientinvolvering fordelt på LAR-enheter.

Tabell 5. Oversikt over deltakende LAR-enheter og grad av pasientinvolvering i statusundersøkelsen for 2023.

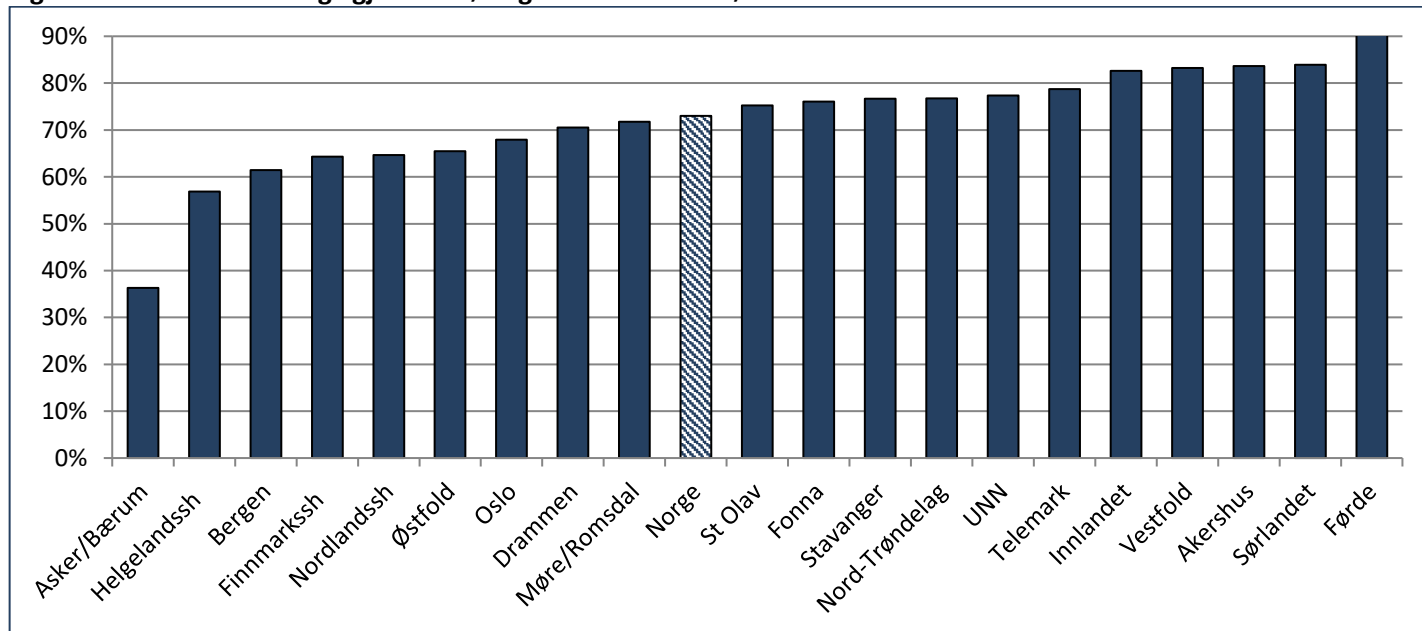
Region (antall deltakere)	LAR-enhet	Pasienter rapportert inn (antall)	Pasientdeltakelse i utfyllingen (%)	Trend sammenlignet med året før**
Nord (338)	UNN	296	64,3	↓↓
	Finnmarkssykehuset	42	64,3	↓
Midt (665)	Nord-Trøndelag	99	71,8	Mangler
	St Olav	364	75,3	Mangler
	Møre og Romsdal	202	71,8	↓
Vest (1992)	Bergen	865	61,4	≈
	Stavanger	489	76,7	↓
	Fonna	241	74,6	↓
	Førde	51	97,3	↑
Sør (1833)	Vestfold	346	83,2	↓
	Telemark	343	78,7	↓
	Drammen	312	70,5	↑
	Asker og Bærum	190	36,3	↓
	Sørlandet	642	84,0	≈
Øst (2252)	Akershus	545	83,7	↑
	Oslo	860	67,9	≈
	Innlandet	386	82,6	↑
	Østfold	461	65,5	↓

* LAR-enhetene er her fordelt på fem regioner (fra fire ulike helseforetak) og presenteres i rapporten som disse 18 LAR-enhetene, i tillegg til de to LAR-enhetene ved Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset. Noen ganger følger disse fylkesgrenser, andre ganger sykehusets opptaksområder.

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

For 2022 manglet vi resultater fra enhetene i region Midt ved St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag på grunn av innføringen av «Helseplattformen». Også i årets undersøkelse mangler vi fullstendige svar fra enkelte enheter, denne gangen fra region Nord ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Her har vi valgt å legge fjorårets besvarelser til grunn for å gi mulighet for sammenligninger over tid.

Figur 7. Pasientinvolvering i gjennomføring av statusundersøkelsen.



Vurderinger av statusundersøkelsen

Statusundersøkelsen gir et godt oversiktsbilde over en rekke sentrale områder innen LAR. På denne måten bidrar statusrapporteringen til at vi i Norge har god oversikt over organisering, behandlingsresultater og utvikling av LAR-behandlingen på enhetsnivå, regionalt nivå, samt nasjonalt. Dette ser ut til å være unikt for norsk kontekst.

Statusundersøkelsen har også noen metodiske begrensninger som bør nevnes. En viktig begrensning er at enkelte spørsmål har høy ukjentandel, noe som vanskeliggjør fortolkning. En annen utfordring er at det blir benyttet litt ulike versjoner av statusundersøkelsen, samt at spørsmålene kan fortolkes på litt ulike måter mellom pasienter, behandlere og på tvers av LAR-enheter.

Svarprosenten vurderes relativt god på de fleste enkeltspørsmålene i undersøkelsen, og de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien «ukjent»). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden for den enkelte pasient, og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler de siste fire ukene før utfylling. Selv på de vanskeligste områdene har svarene ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i omtrent 85% av tilfellene. Pasientinvolvering i utfyllingen kan bidra til å redusere andelen med ukjent status, samt være en anledning for pasientene til å evaluere behandlingen og gi tilbakemelding om nytten av behandlingen. LAR-enheter har i noen grad ulike forutsetninger for dette, blant annet knyttet til antall pasienter per behandlerårsverk og antall pasienter totalt.

Konklusjonen er at det er en viss usikkerhet knyttet til noen spørsmål hvor relativt høy andel av svarene er ukjente for rundt 1-2 av 10 pasienter. Utover det synes utfyllerne å ha god kjennskap til pasientens situasjon.

DELTAKERE

Kjønn og alder

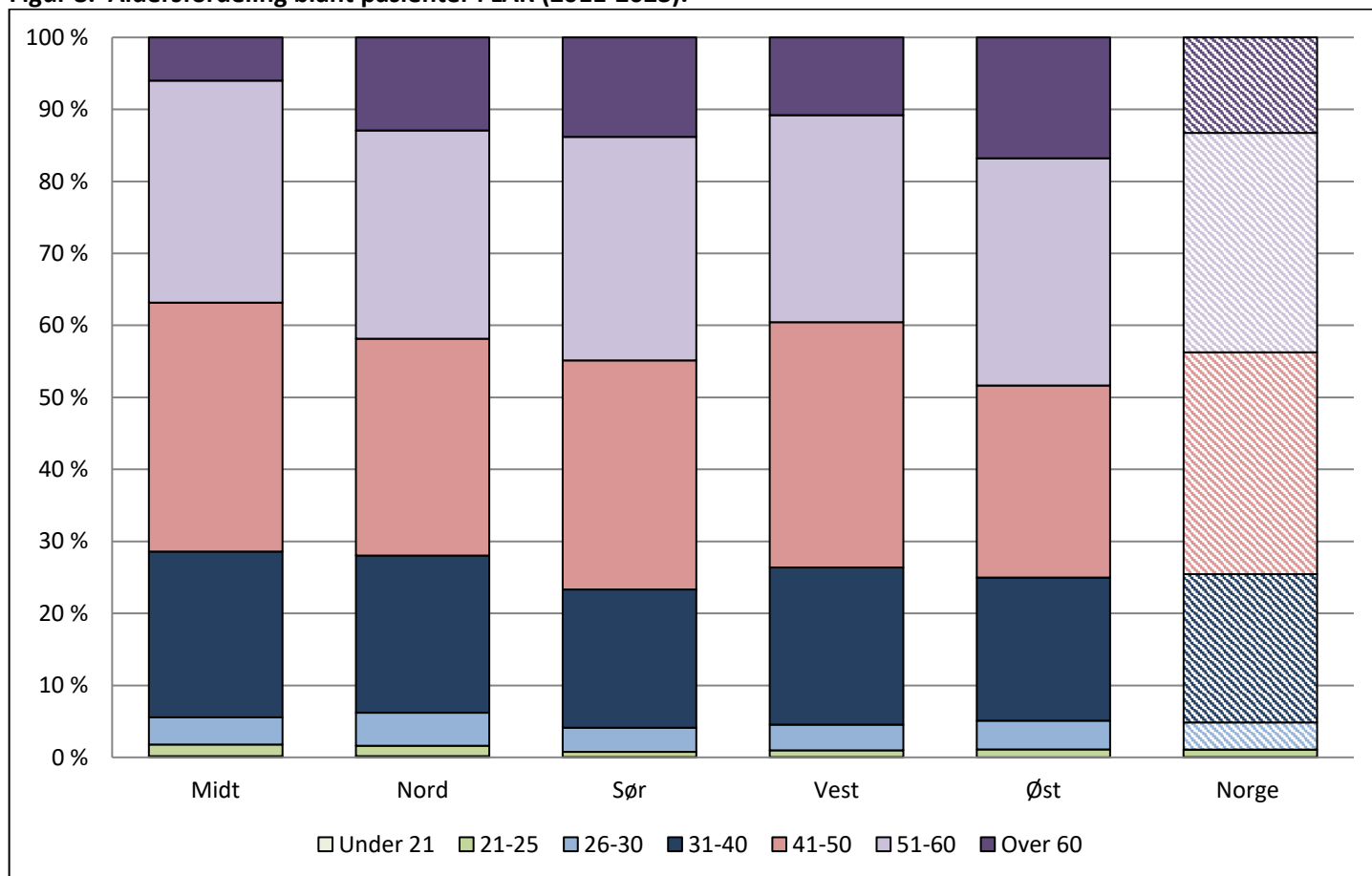
Kjønnsfordelingen blant LAR-pasienter har holdt seg stabil over tid, med en kvinneandel på rundt 30% (Tabell 6). Det var allikevel noe variasjon på tvers av LAR-enheter. I 2023 hadde Nord-Trøndelag den høyeste kvinneandelen (40,4%), og Møre og Romsdal og Telemark den laveste (24,3% og 24,4%). I 2023 var gjennomsnittsalderen blant LAR-pasienter 48,1 år, noe som innebærer en fortsatt svak økning. Figur 8 illustrerer aldersfordelingen i LAR. I likhet med tidligere var det nokså begrenset forskjell mellom enhetene i gjennomsnittsalder.

Tabell 6. Kjønnsfordeling blant pasienter i LAR.

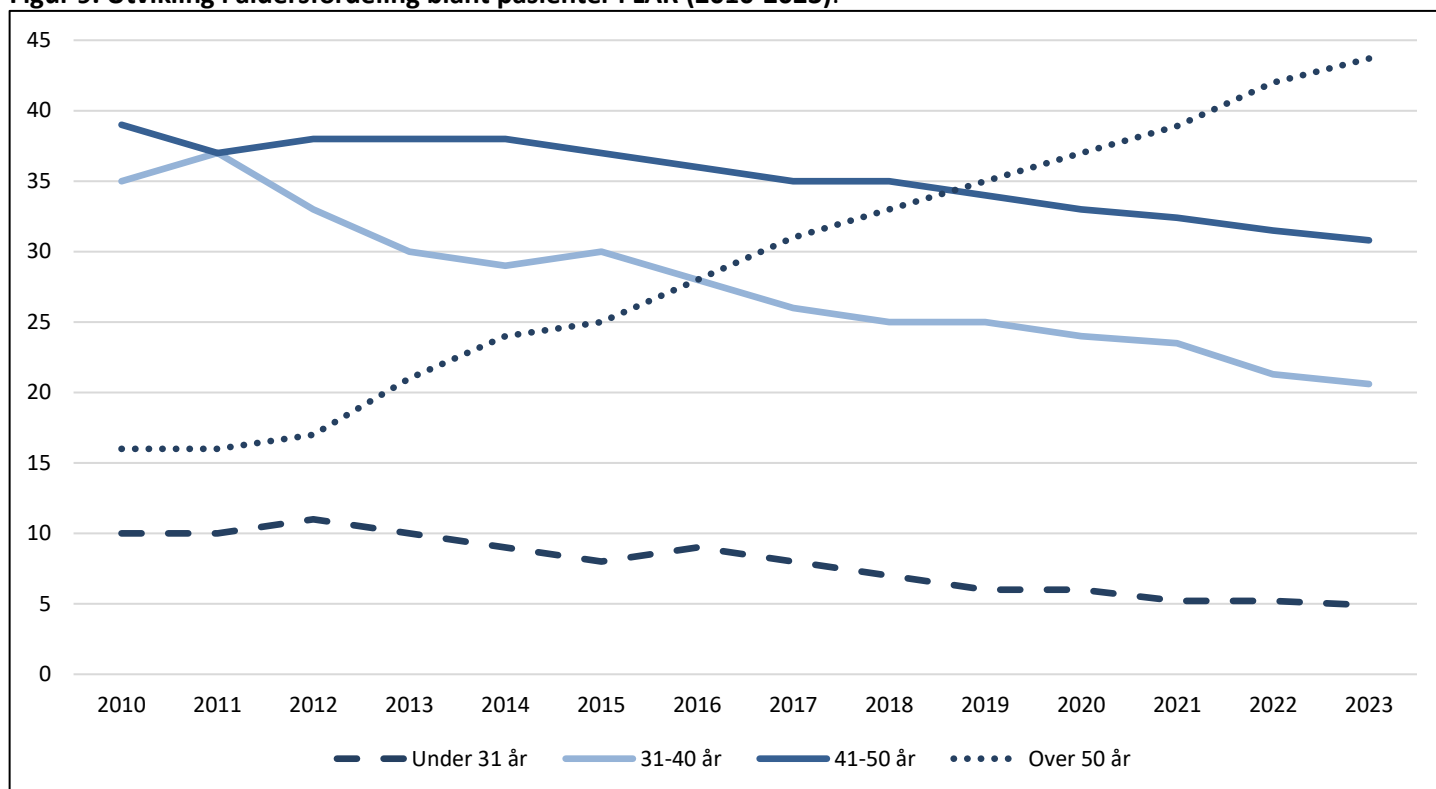
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Andel kvinner (%)	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3	30,5	30,4	30,1	29,7	30,4

Andelen pasienter over 50 år var i 2023 på 43,7%, mot 23,7% i 2015 (Figur 8). Kun en svært liten andel var 30 eller yngre (4,9%). Videre var 20,6% i aldersgruppen 31-40, 30,8% var mellom 41 og 50, og 30,5% mellom 51 og 60. Hele 13,3% var over 60 år. Økt alder er en indikasjon på at LAR-behandlingen bidrar til å redusere tidlig dødelighet. Samtidig medfører økt alder ofte somatisk samsykelighet, og aldring har gjerne implikasjoner for tilpasning av behandlingen og behandlingsutfall. Figur 9 viser utviklingen i aldersfordeling.

Figur 8. Aldersfordeling blant pasienter i LAR (2011-2023).



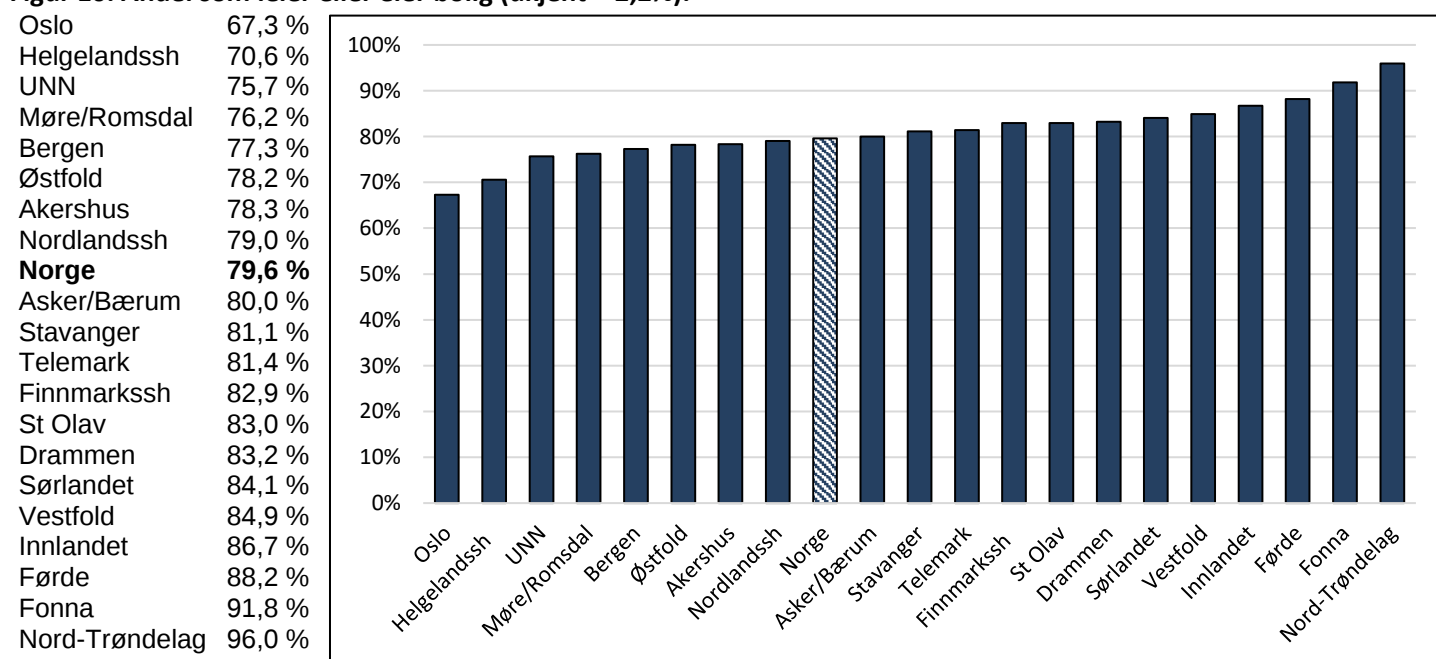
Figur 9. Utvikling i aldersfordeling blant pasienter i LAR (2010-2023).



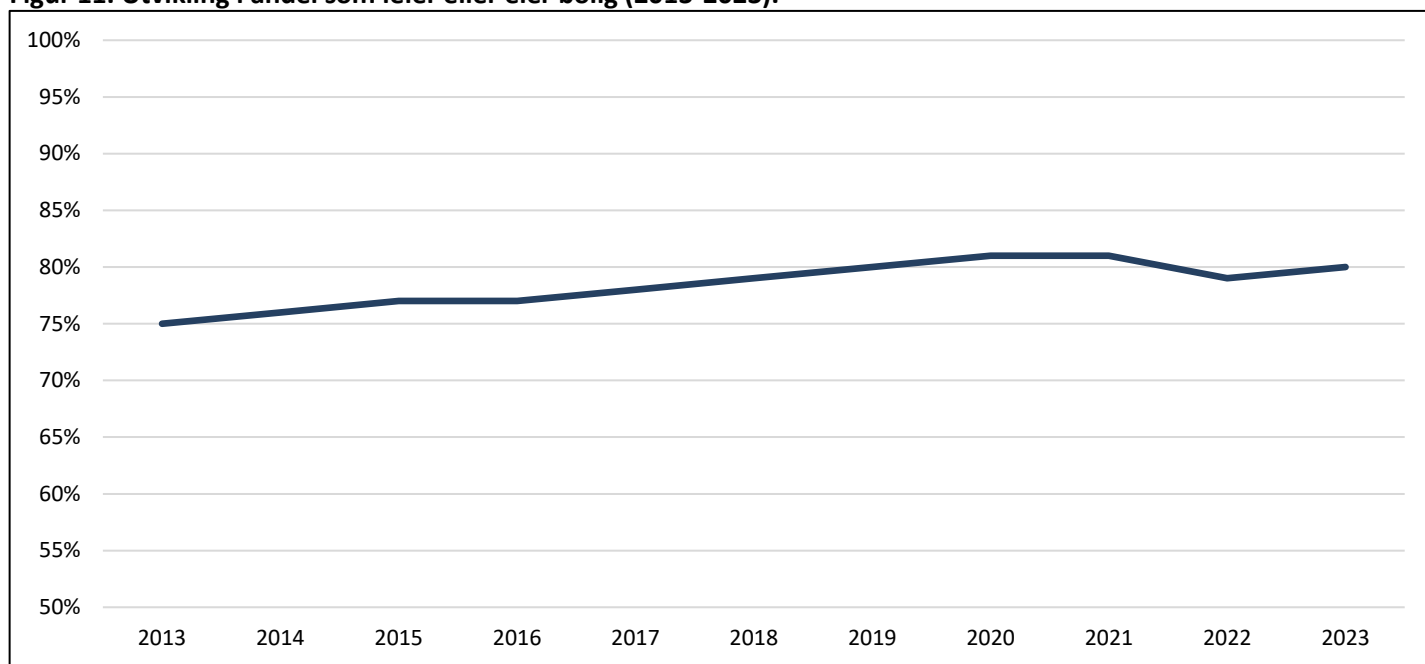
Bosituasjon

Majoriteten av pasienter i LAR bor i egen bolig, 79,6% (Figur 10), omtrent som tidligere (Figur 11). På nasjonalt plan var 2,3% uten bolig, 2,6% bodde på hospits/hybelhus/hotell, 5,9% hadde opphold på institusjon, 1,0% var i fengsel, 3,6% bodde hos foreldre, 2,8% bodde hos andre, og 2,2% hadde ukjent bosituasjon. Andelen med egen bolig var høyest i Nord-Trøndelag (96,0%) og Fonna (91,8%).

Figur 10. Andel som leier eller eier bolig (ukjent = 2,2%).



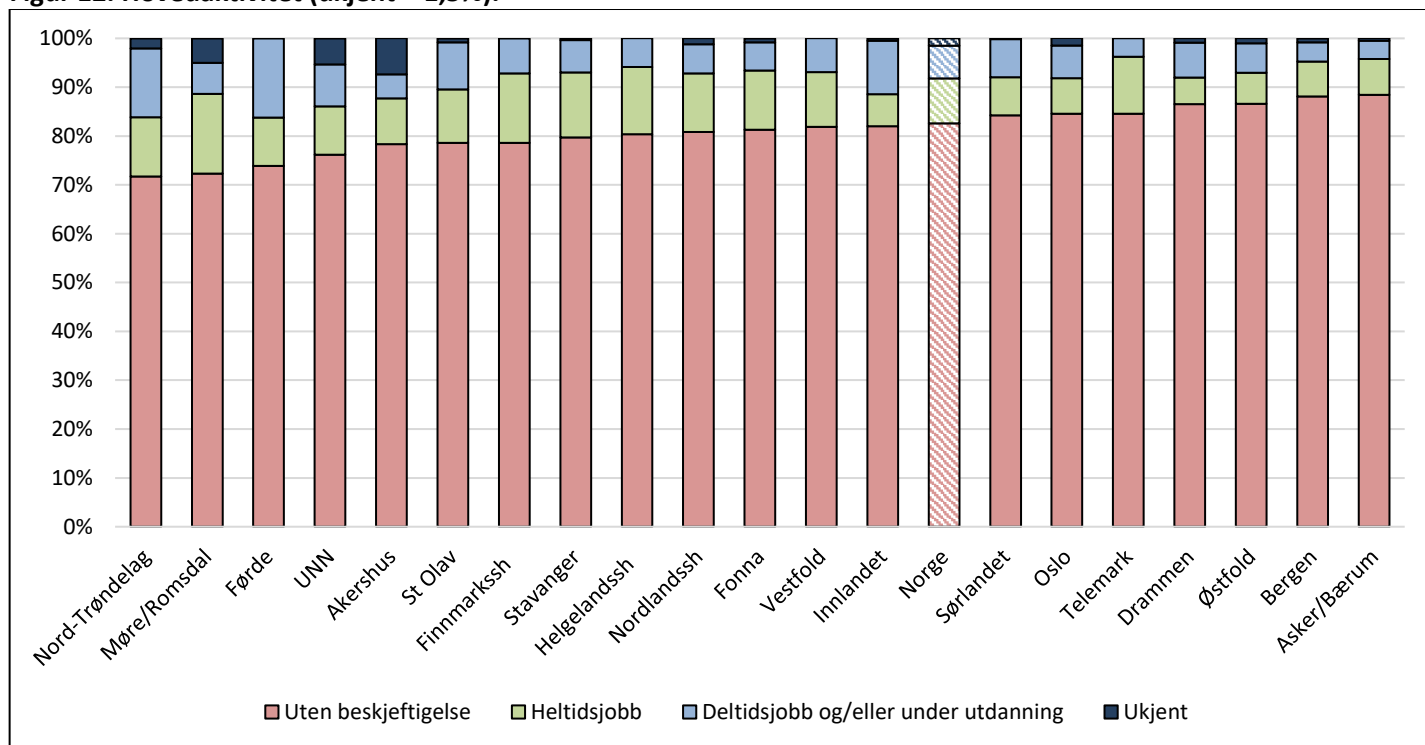
Figur 11. Utvikling i andel som leier eller eier bolig (2013-2023).



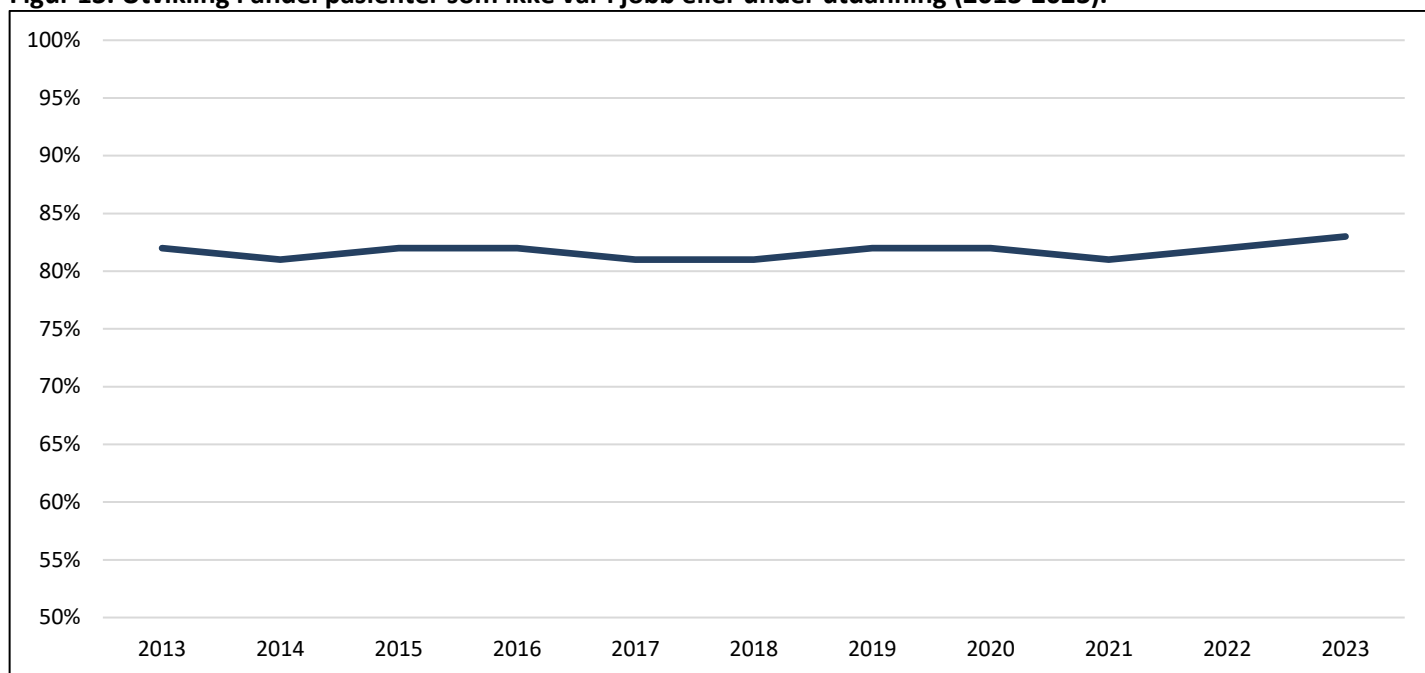
Hovedaktivitet

Samlet sett var 82,6% av pasientene ikke i jobb eller under utdanning, 9,2% hadde heltidsjobb, 5,4% deltidsjobb, 1,0% var under utdanning, og 0,3% var i deltidsjobb og under utdanning (Figur 12). Det var noe variasjon mellom enheter og regioner. Nord-Trøndelag hadde størst andel sysselsatte pasienter (26,3% totalt), etterfulgt av Førde (25,5%). I likhet med tidligere var en større andel som ikke var i jobb eller under utdanning i områdene rundt de større byene. Andelen pasienter uten arbeidsforhold eller utdanningsrelatert aktivitet har vært nokså stabil gjennom det siste tiåret (Figur 13).

Figur 12. Hovedaktivitet (ukjent = 1,5%).



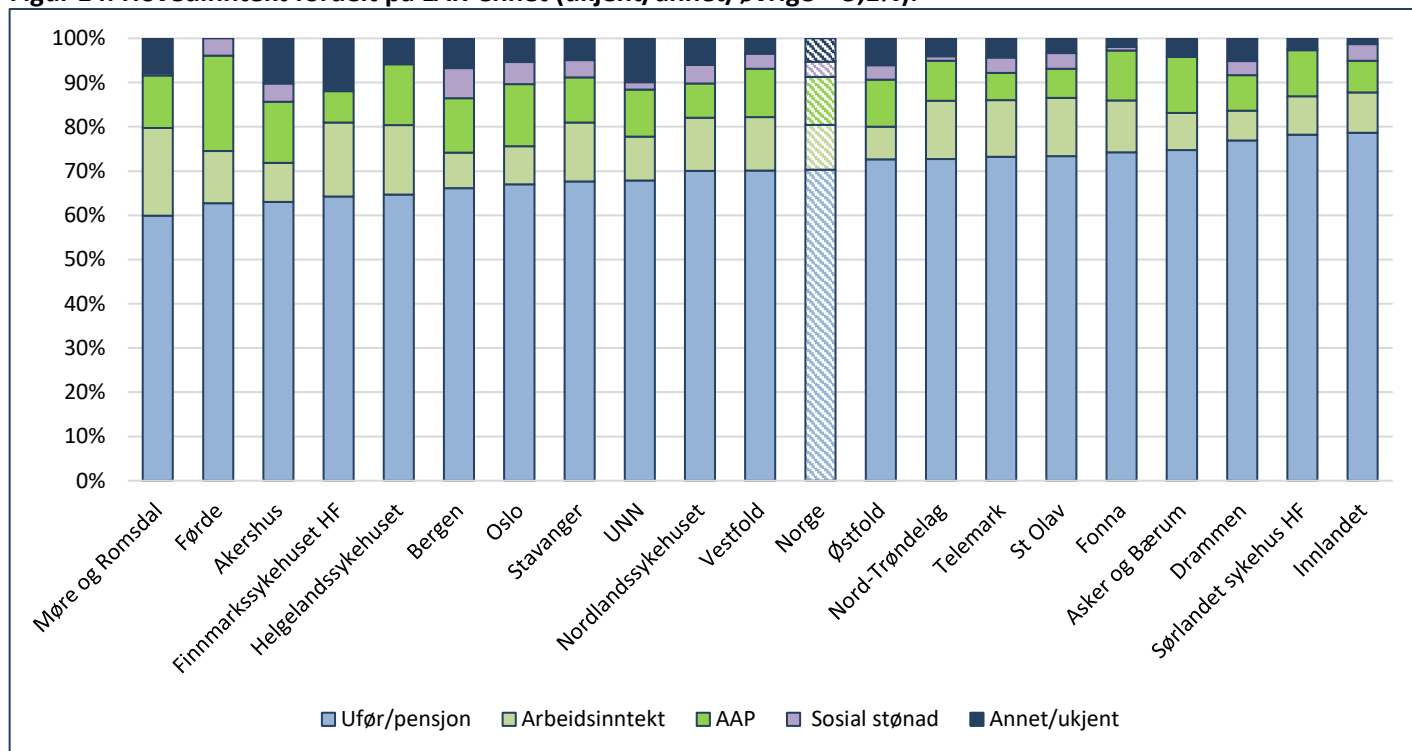
Figur 13. Utvikling i andel pasienter som ikke var i jobb eller under utdanning (2013-2023).



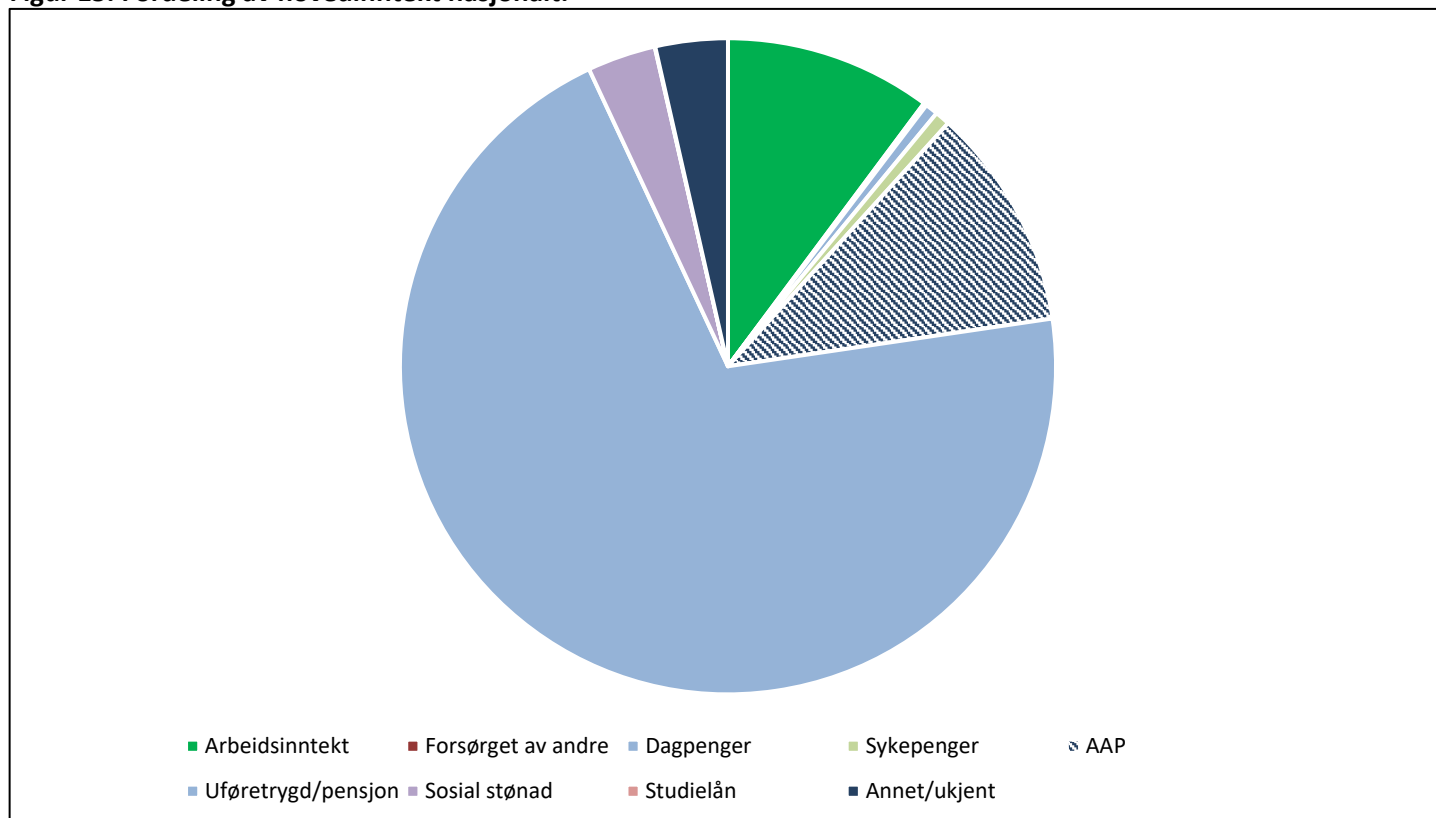
Hovedinntekt

Figur 14 viser hovedinntekt fordelt på LAR-enhet, og figur 15 viser hovedinntekt på nasjonalt plan. I 2023 hadde 70,3% uføretrygd eller alderspensjon som viktigste inntekt (mot 70,2% i 2022), 10,8% hadde arbeidsavklaringspenger, og 10,1% hadde arbeidsinntekt. Gjennom de siste årene har man sett en gradvis forsiktig økning i uføretrygd eller alderspensjon, i tråd med økende alder i LAR-populasjonen (Figur 16). Uføre- og alderspensjon har i flere år vist seg å være mest hyppig som hovedinntektskilde i LAR-populasjonen, mens midlertidige stønadsordninger benyttes i nokså liten grad.

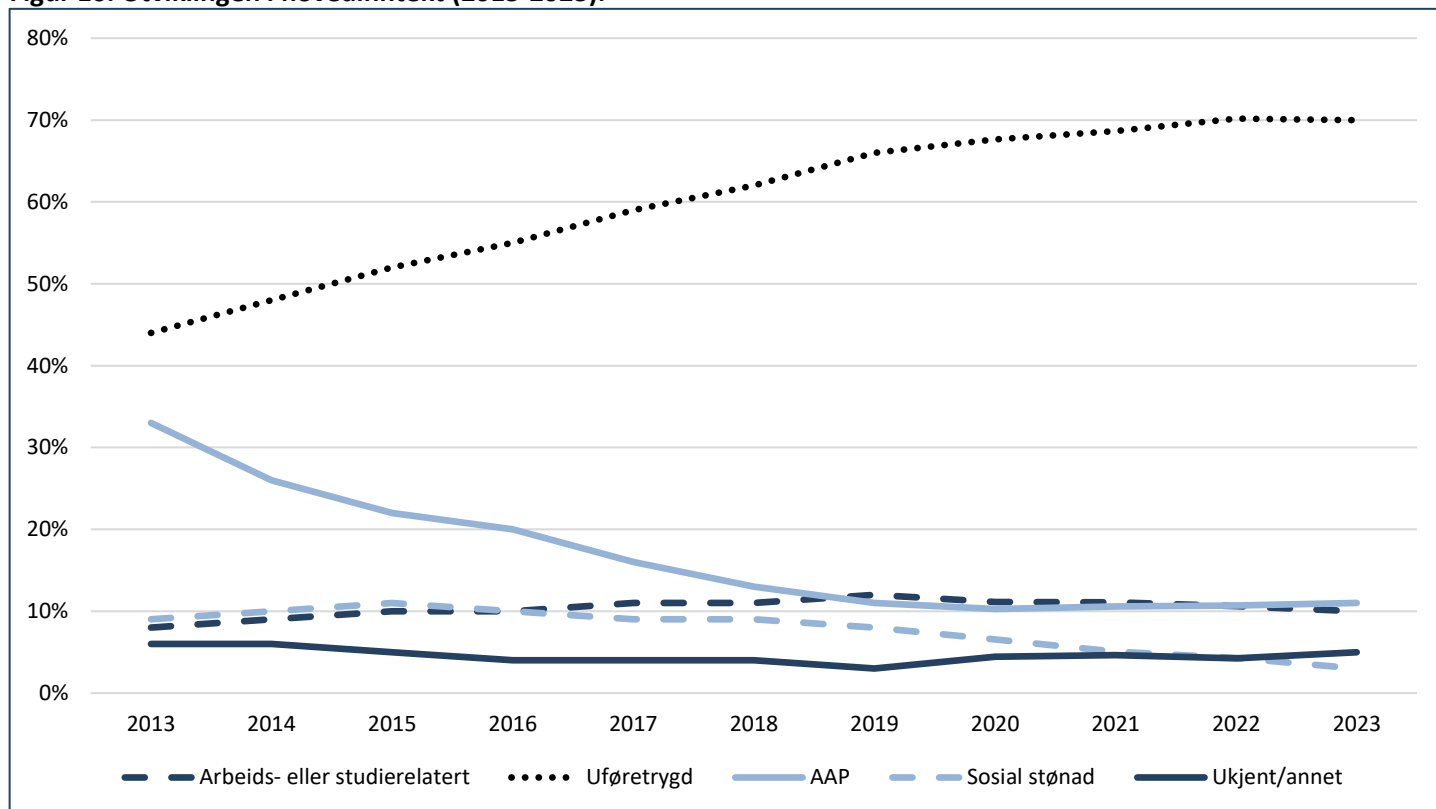
Figur 14. Hovedinntekt fordelt på LAR-enhet (ukjent/annet/øvrige = 5,1%).



Figur 15. Fordeling av hovedinntekt nasjonalt.



Figur 16. Utviklingen i hovedinntekt (2013-2023).



Vurderinger av pasientenes situasjon

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

De fleste pasienter i LAR har en stabil bosituasjon, der kun et mindretall har midlertidige boløsninger, og hovedinntrykket er at det overordnet sett arbeides godt med boligsosiale spørsmål. Statusundersøkelsen viser, som tidligere, at den store majoriteten av populasjonen på flere punkter har en stabilisert sosial situasjon. Samtidig er svært få i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet, og den langt viktigste inntekten er uføre- og alderspensjon. Få har arbeidsinntekt og andelen med arbeidsavklaringspenger og sosialhjelp er relativt lav. I enkelte mindre LAR-enheter er det en lavere andel pasienter uten beskjeftigelse, og flere med heltids- eller deltidsjobb.

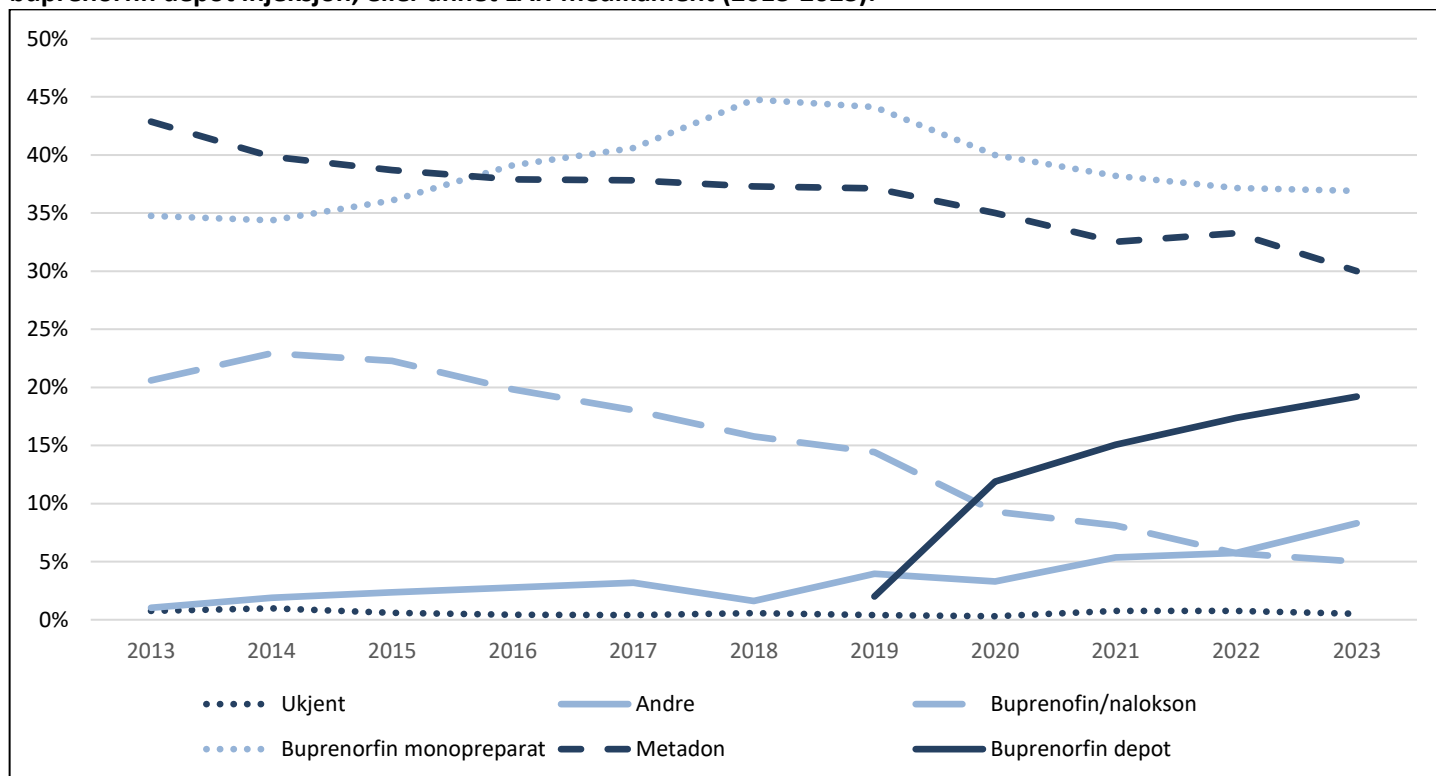
Deltakelse i daglig meningsfull aktivitet og sosiale sammenhenger er et viktig anliggende for LAR, og meningsfull aktivitet kan forstås bredt. Utfordringene i praksis blir å skape og utnytte muligheter for deltakelse i ulike former for aktivitet for å motvirke sosial isolasjon, og fremme sosial inklusjon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

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Valg av medikament

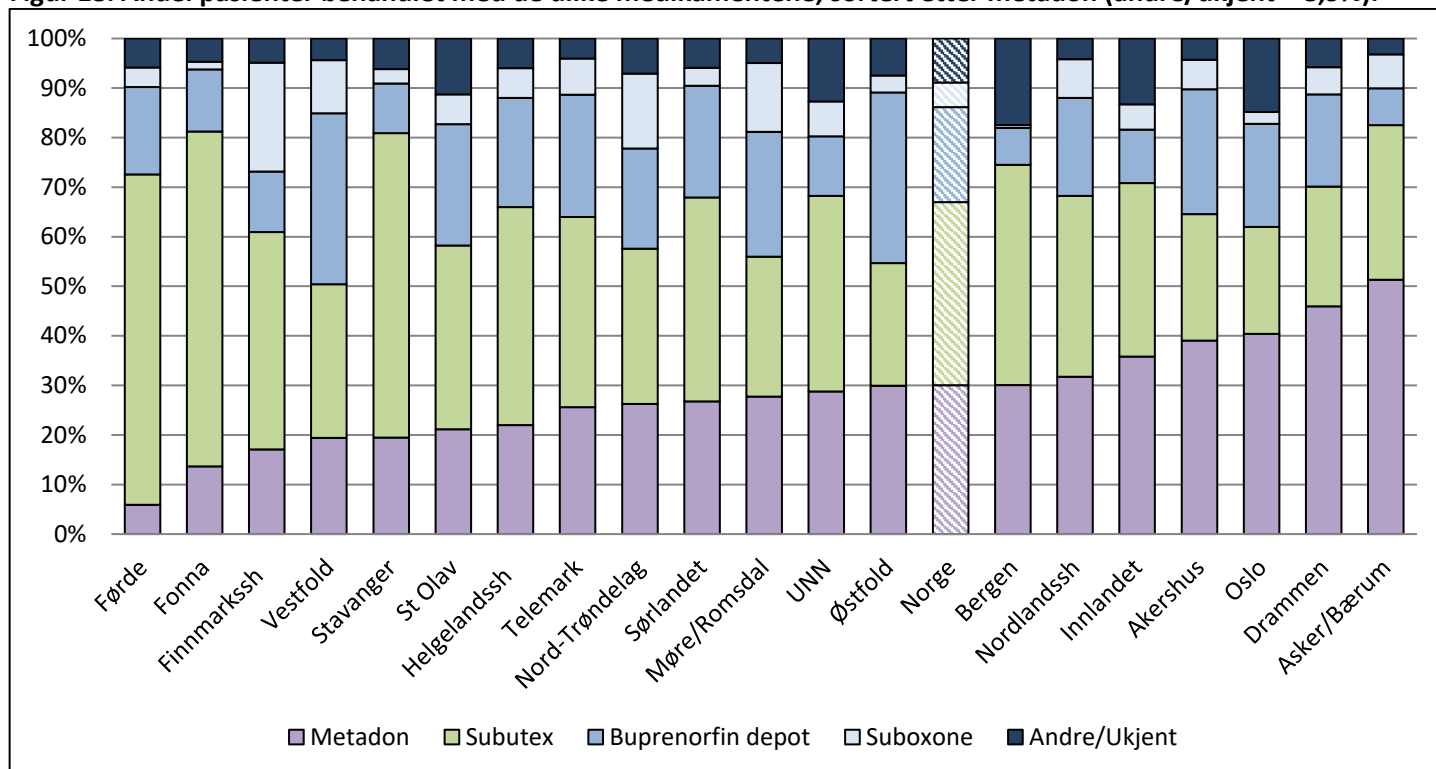
Som vist i figur 17 hadde 30,0% metadon som sitt LAR-medikament (33,3% i 2022), 36,9% hadde buprenorfin monopreparat (37,1% i 2022), 5,0% hadde buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat (5,7% i 2022), og 19,2% hadde buprenorfin depot injeksjon (17,4% i 2022). Videre hadde 0,8% diacetylmorfin som LAR-medikament, og henholdsvis 7,4% og 0,9% hadde andre eller ukjent LAR-medikament (inkludert diacetylmorfin). De reviderte LAR-retningslinjene har åpnet for større grad av individuelle vurderinger knyttet til valg av LAR-medikament, noe som begynner å vise igjen i en større bredde av LAR-medikamenter.

Figur 17. Andel pasienter som fikk forskrevet metadon, buprenorfin monopreparat, buprenorfin/nalokson, buprenorfin depot injeksjon, eller annet LAR-medikament (2013-2023).



Det er lokale variasjoner i hvilke LAR-medikamenter som benyttes (Figur 18). Som vist i figuren er det store variasjoner for eksempel i bruk av metadon som LAR-medikament, med Førde som nedre ytterpunkt på 5,9%, i kontrast til flere enheter på Østlandet med en andel over 40% som har metadon som LAR-medikament. I norsk LAR-behandlings tidlige faser ble stort sett alle pasienter behandlet med metadon, og buprenorfin ble først tilgjengelig som medikament for LAR i 2002. De enhetene som har en betydelig del av sin pasientpopulasjon som hadde behandlingsoppstart i denne første perioden vil derfor gjerne ha flere som benytter metadon som LAR-medikament enn enheter som har kommet til i senere tid. Videre er det også store variasjoner i bruken av buprenorfin monopreparat, med lavest andel i Oslo (21,6%) og høyest i Fonna (67,6%) og Førde (66,7%). I enkelte foretak ble buprenorfin depot mye brukt, som i Vestfold (34,5%). Andre steder ble buprenorfin depot lite brukt, som i Asker og Bærum (7,4%). Til forskjell fra i 2022 ser det nå ut til at buprenorfin depot benyttes i alle LAR-enheter.

Figur 18. Andel pasienter behandlet med de ulike medikamentene, sortert etter metadon (andre/ukjent = 8,9%).

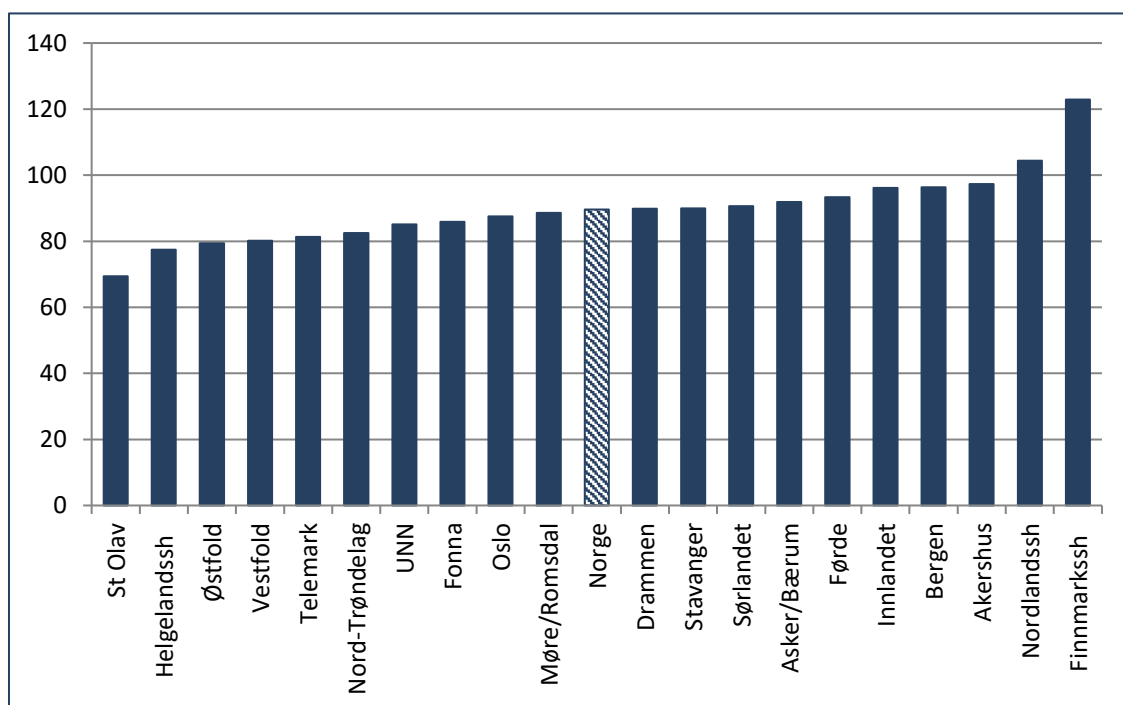


Dosering av LAR-medikament

For metadon var den gjennomsnittlige doseringen 89,6 mg i 2023 (88,5 mg i 2022) (Figur 19). Gjennomsnittsdosen har vært relativt stabil de siste årene. Det siste tiåret viser likevel en jevn reduksjon i doseringsnivå av metadon siden 2011 (102,8 mg). Det var noe variasjon mellom LAR-enheter, primært innenfor anbefalte grenser på 80-110 mg per døgn. De laveste dosene ble rapportert fra St. Olavs hospital (69,4 mg) og de høyeste dosene fra Finnmarkssykehuset (122,9 mg).

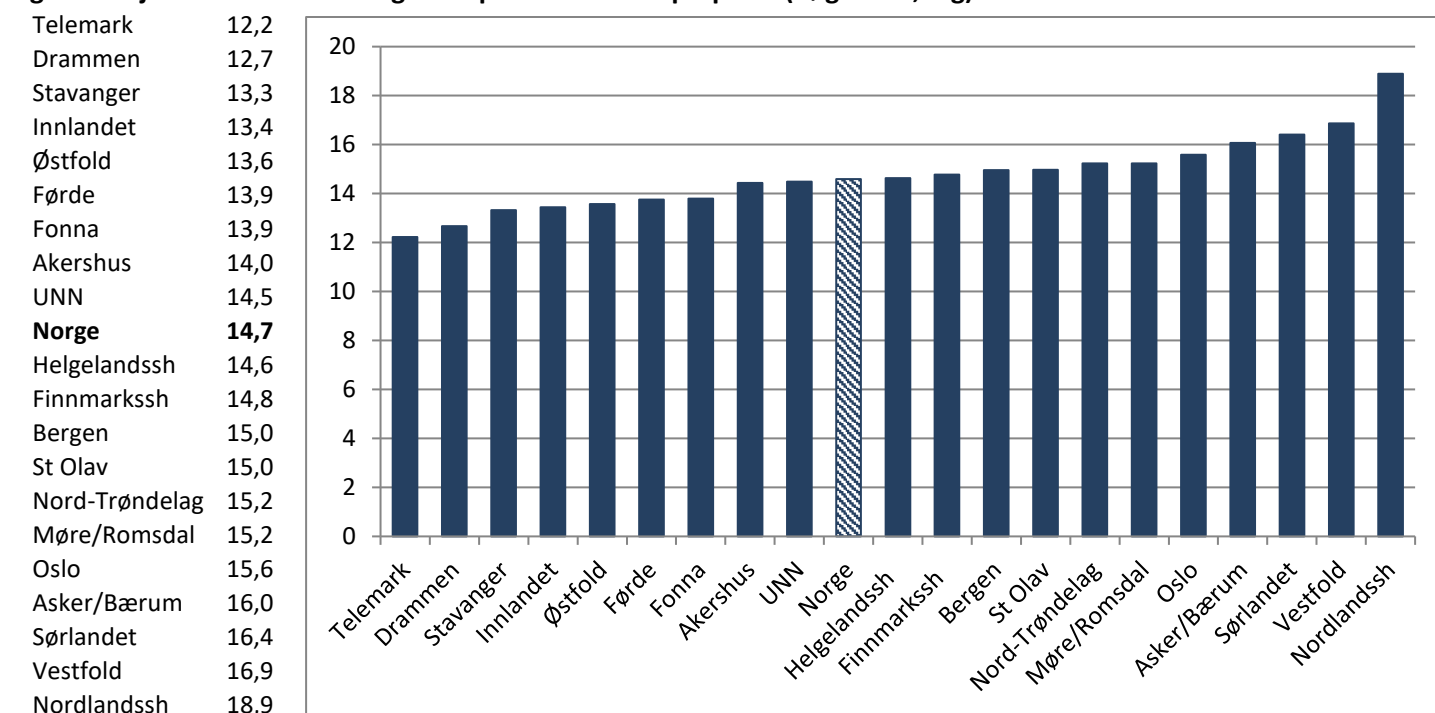
Figur 19. Gjennomsnittsdosering av metadon (døgndose, mg).

St Olav	69,3
Helgelandssksh	77,4
Østfold	79,3
Vestfold	80,1
Telemark	81,3
Nord-Trøndelag	82,5
UNN	85,0
Fonna	85,9
Oslo	87,5
Møre/Romsdal	88,6
Norge	89,6
Drammen	89,9
Stavanger	89,9
Sørlandet	90,1
Asker/Bærum	91,9
Førde	93,3
Innlandet	96,2
Bergen	96,4
Akershus	97,3
Nordlandssksh	104,34
Finnmarkssksh	122,86



Når det gjelder buprenorfin er den anbefalte døgndoseringen er 12-24 mg både for monopreparatet og kombinasjonspreparatet. Gjennomsnittlig nasjonalt doseringsnivå var 14,7 mg for monopreparatet (Figur 20) og 13,9 mg for kombinasjonspreparatet. Det var liten forskjell mellom LAR-enhetene i doseringsnivå.

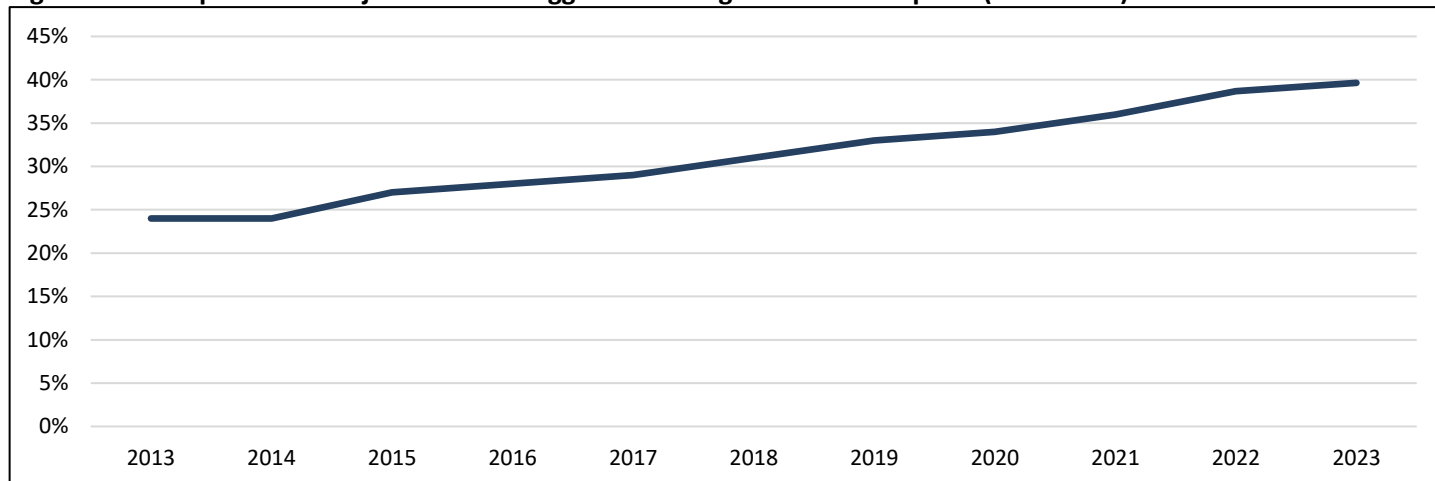
Figur 20. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (døgndose, mg).



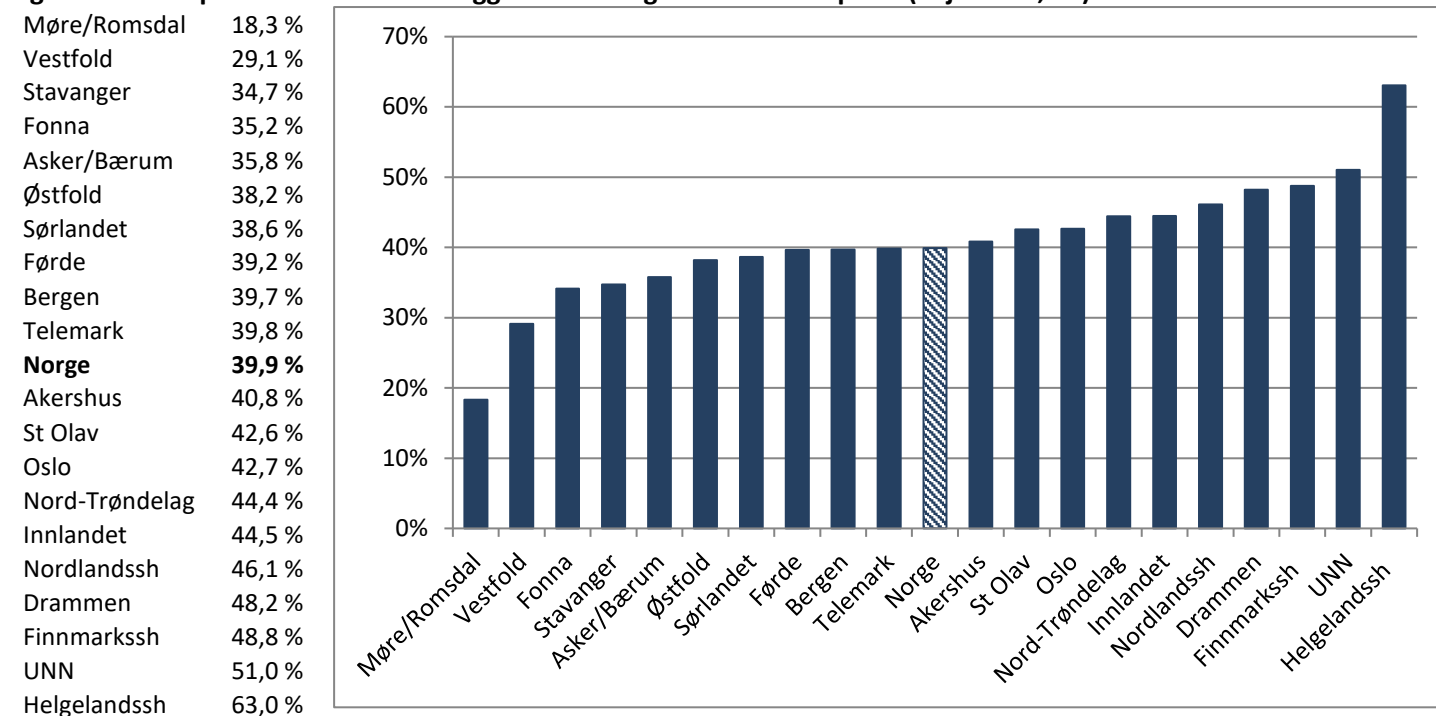
Tilleggsforordning av benzodiazepiner

Statusundersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan påvirke effekten av LAR-medikamentet, noe som særlig gjelder tilleggsforordning av benzodiazepinpreparater. Benzodiazepinpreparater anbefales som hovedregel ikke i LAR med mindre det er klar indikasjon for dette. De nye LAR-retningslinjene åpner imidlertid for å i større grad gjøre individuelle vurderinger knyttet til tilleggsforordning av benzodiazepiner. Figur 21 under viser en jevn økning i forordning av benzodiazepiner, fra 24,6% i 2013 til 39,9% i 2023 (38,4% i 2022). Det var betydelig variasjon i forordning på tvers av LAR-enheter (Figur 22). De laveste forordningstallene fant vi i for Møre og Romsdal (18,3%), mens Helgelandssykehuset forskrev benzodiazepiner til den største andelen pasienter (63,0%).

Figur 21. Andel pasienter nasjonalt med tilleggsforordning av benzodiazepiner (2013-2023).



Figur 22. Andel pasienter som har tilleggskrivning av benzodiazepiner (ukjent = 4,4%).

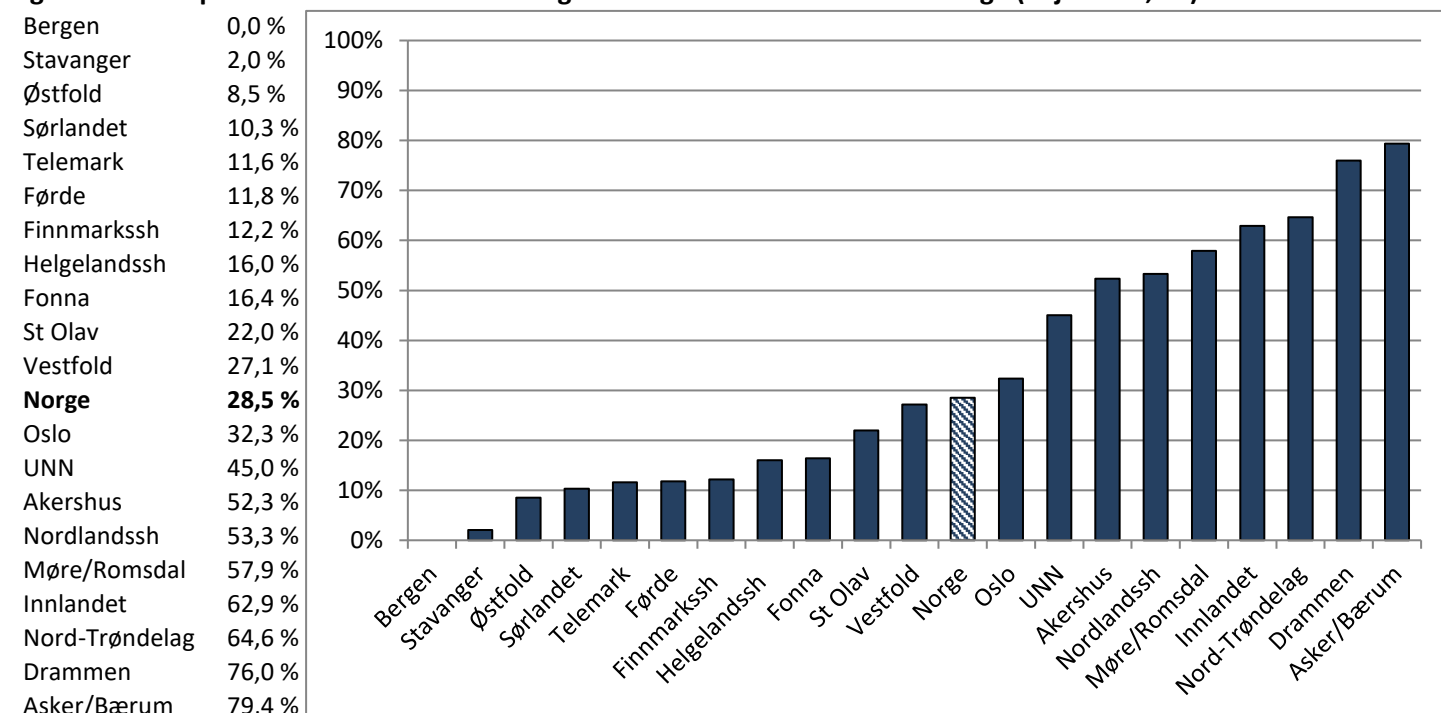


Forskrivende lege

På landsbasis har det over tid vært en betydelig reduksjon i andelen som får medikamentet forskrevet av sin fastlege (Figur 23). I 2023 hadde 28,5% fastlegen som forskrivende lege, mot 32,7% i 2022. Majoriteten hadde LAR-lege som sin forskrivende lege (68,5%, mot 64,3% i 2022). Kun et mindretall fikk forskrevet LAR-medikament av annen lege (2,2%, mot 2,4% i 2022).

Som i foregående år var det systematiske forskjeller mellom enhetene (Figur 17). I Bergen hadde ingen forskrivning fra fastlege, og nærmest all LAR-behandling foregikk i LAR-enheten (99,5%). Også i Stavanger var det minimal bruk av fastleger som forskrivende lege, med nær sagt all forskrivning innad i LAR (97,5%). På den andre siden av skalaen finner man Asker og Bærum og Drammen, hvor majoriteten av pasientene har forskrivning hos fastlege (79,4% og 76,0%). Disse tydelige forskjellene i organiseringspraksis har vært stabile gjennom en årrekke. I tillegg til organiseringen av tjenestene, så spiller økt bruk av andre LAR-medikamenter, som buprenorfin depot injeksjon, inn. Buprenorfin depot injeksjon forskrives i spesialisthelsetjenesten og er en forklarende årsak til redusert bruk av fastlege som forskrivende lege. I tillegg har noen større helseforetak prioritert større grad av utlevering i LAR-enheten grunnet kostnader ved utlevering i apotek. Det kan virke som om takstordninger og finansieringsordninger i LAR derfor har betydning for organisering av enhetene.

Figur 23. Andel pasienter som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (ukjent = 0,7%).



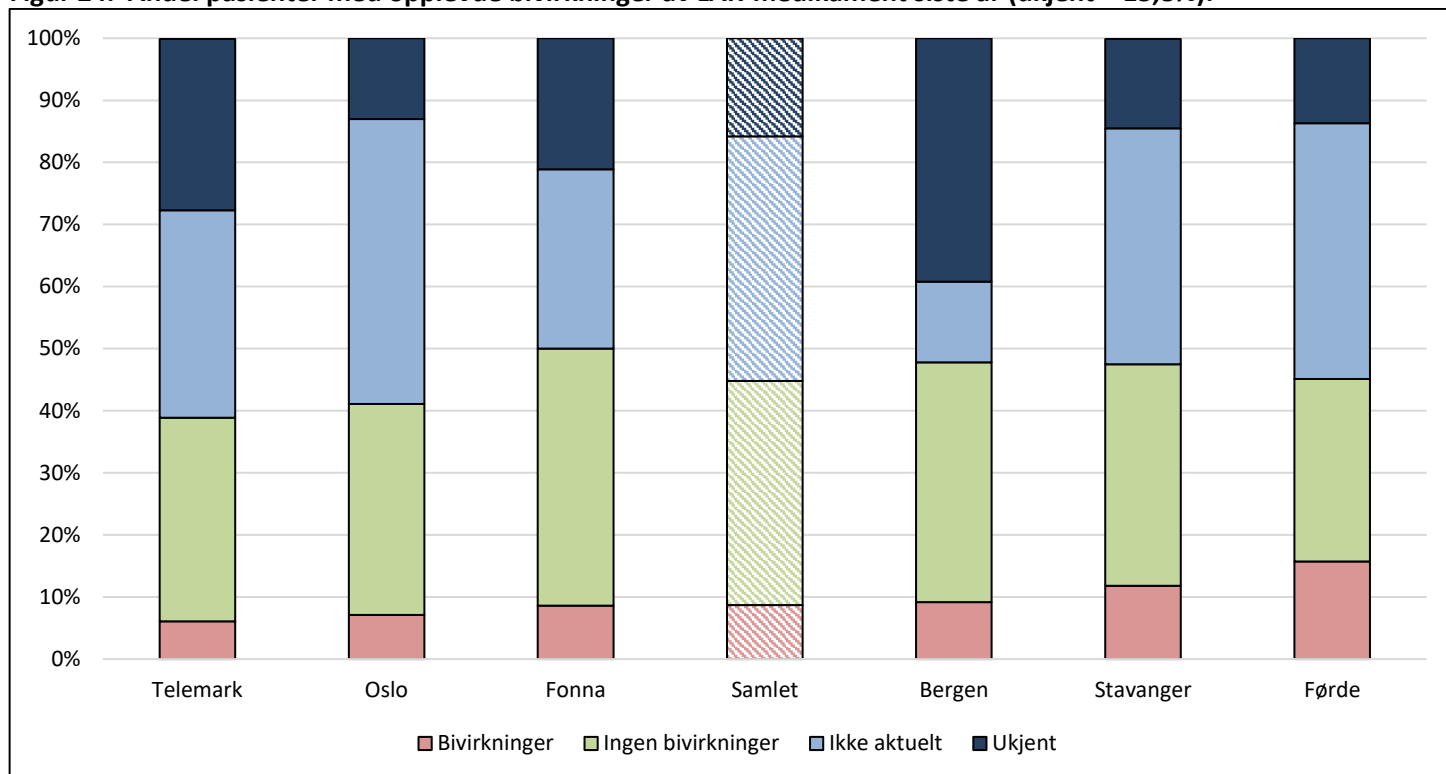
Bivirkninger av LAR-medikament

I statusundersøkelsen hadde enkelte enheter et oppdatert statusspørreskjema med tilleggsopplysninger. Dette gjaldt for de som benytter det elektroniske journalføringssystemet DIPS Arena; totalt 3215 pasienter fordelt på Oslo (860), Bergen (868), Førde (51), Fonna (256), Stavanger (498) og Telemark (344). Av relevans for den medikamentelle behandlingen var et nytt spørsmål om opplevde bivirkninger av LAR-medikament. Nedenfor presenteres andelen med opplevde bivirkninger fordelt på enhet og samlet sett (Figur 24), og medikament (Figur 25).

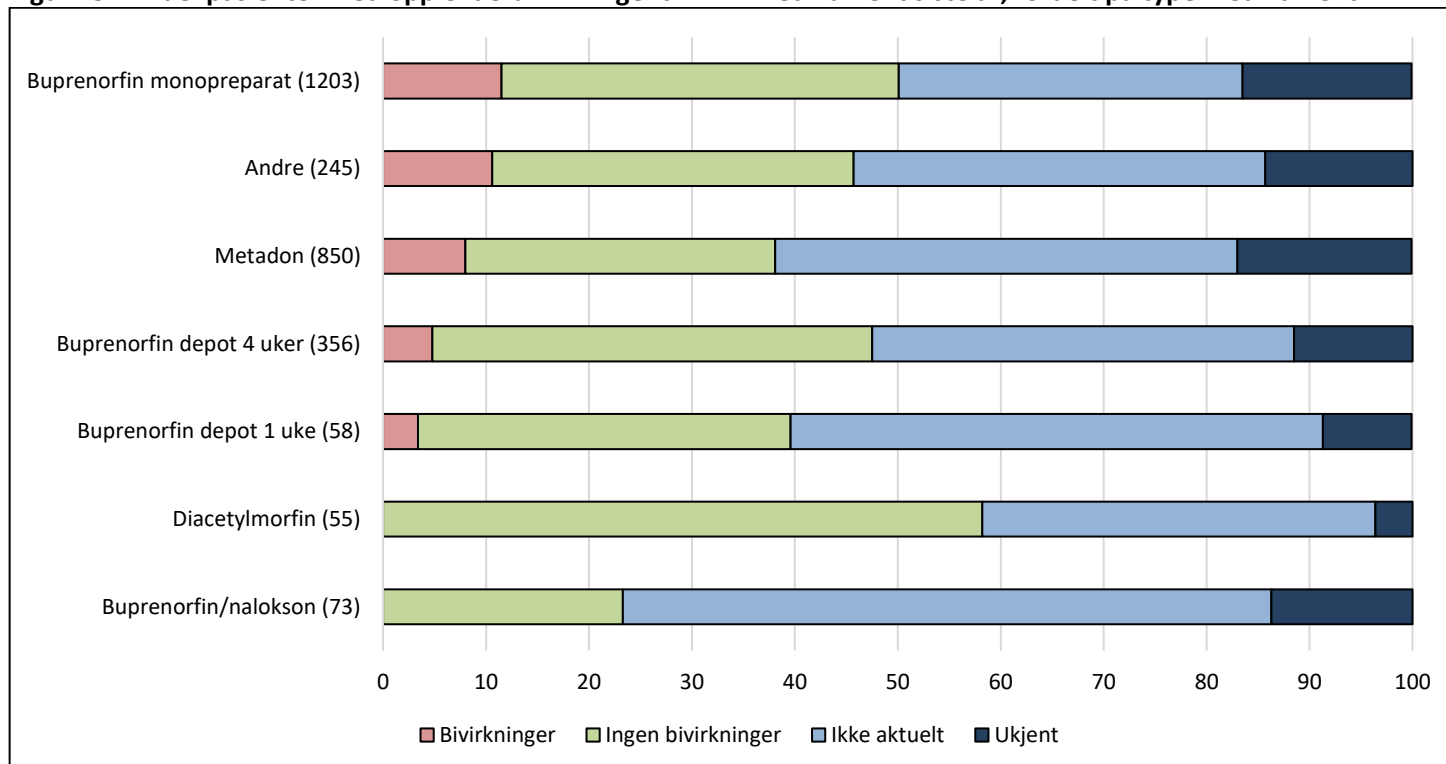
Samlet sett rapporterte 8,7% om opplevde bivirkninger (mot 8,4% i 2022), 36,1% benektet at de hadde bivirkninger (35,9% i 2022), 39,4% svarte at det ikke var aktuelt, og 15,8% hadde ukjent status. Andelen som bekreftet noen form for bivirkninger var lavest i Telemark (6,1%), og høyest i Førde (14,9%). Tallene må imidlertid forstås i sammenheng med andelen med ukjent status, som varierte fra 13,0 (i Oslo) til 39,2 (i Bergen). Ingen rapporterte om bivirkninger av buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat eller diacetylmorfin. Ellers var andelen med bekreftede bivirkninger lavest for buprenorfin depot injeksjon (4,3% for ukentlig injeksjon og 6,1% for månedlig injeksjon), og høyest for buprenorfin monopreparat (11,0%). Det er verdt å merke seg at det er stor forskjell i gruppestørrelse.

Pasienter som svarte bekreftende hadde muligheten til å legge til en beskrivelse. Pasientenes opplevde bivirkninger inkluderte abstinenser, utslett/kløe, blemmer i munnen, smak, svette, hodepine, kvalme, refluks, mageproblemer, vektøkning, søvnvansker, ubehag og engstelse. De rapporterte bivirkningene er symptomer som kan være medikamentbivirkninger, eller også symptomer på andre tilstander som pasienten har samtidig som vedkommende mottar medikamentell behandling.

Figur 24. Andel pasienter med opplevde bivirkninger av LAR-medikament siste år (ukjent = 15,8%).



Figur 25. Andel pasienter med opplevde bivirkninger av LAR-medikament siste år, fordelt på type medikament.



Vurderinger av den medikamentelle behandlingen

Den medikamentelle behandlingen i LAR ble evaluert i 20-års jubileumsrapporten.² I tråd med anbefalingene i retningslinjene fra 2010, om buprenorfin som førstevalg, er det en høy grad av bruk av buprenorfin i dagens LAR-behandling. LAR-enhetene som i størst grad benytter metadon er også de som startet opp LAR før buprenorfin ble tilgjengelig. Klinisk erfaring hos behandlere og pasientenes preferanser spiller også inn når det gjelder medikamentvalg. Med reviderte LAR-retningslinjer fra 2022 er norsk LAR i dag preget av økt grad av individuelle vurderinger i medikamentvalg. Den økte bredden i bruk av LAR-medikament vil trolig fortsette i årene som kommer, informert av individuell tilpasning og økt vektlegging av informasjon og brukervedvirkning. Kommende statusundersøkelser vil kunne kartlegge bredden av LAR-medikamenter i større grad.

Vi ser at en økende andel pasienter benytter buprenorfin depot injeksjon som LAR-medikament, og viser samtidig en økning i andel pasienter som får forskrevet andre LAR-medikamenter enn metadon og buprenorfinpreparater. Buprenorfin depot har stabiliserende virkning over en til fire uker for de av pasientene som ønsker det, samtidig som injeksjoner kan åpne for en mer normalisert hverdag med redusert behandlingsbyrde, uten henteordninger. Dette kan imidlertid også innebære nye utfordringer, for eksempel utfordringer med å opprettholde tilstrekkelig kontakt med pasienter i periodene mellom injeksjonene dersom det ikke pågår samtidig psykososial oppfølging, samt oppløsningen av rutinene tidligere hyppigere medikamentell behandling kan ha gitt for den enkelte.

Bivirkninger er et sentralt tema å kartlegge i enhver form for medikamentell behandling, også i LAR. Svarene for over 3000 LAR-pasienter viser at omtrent 1 av 10 opplever noen grad av bivirkninger, samtidig som ukjentandelen er nokså høy. Vi ser at andelen med rapporterte bivirkninger varierte litt avhengig av LAR-medikament. Spørsmålene om bivirkninger vil over tid kunne brukes til å få mer systematisert oversikt over grad av opplevde bivirkninger i den større LAR-populasjonen.

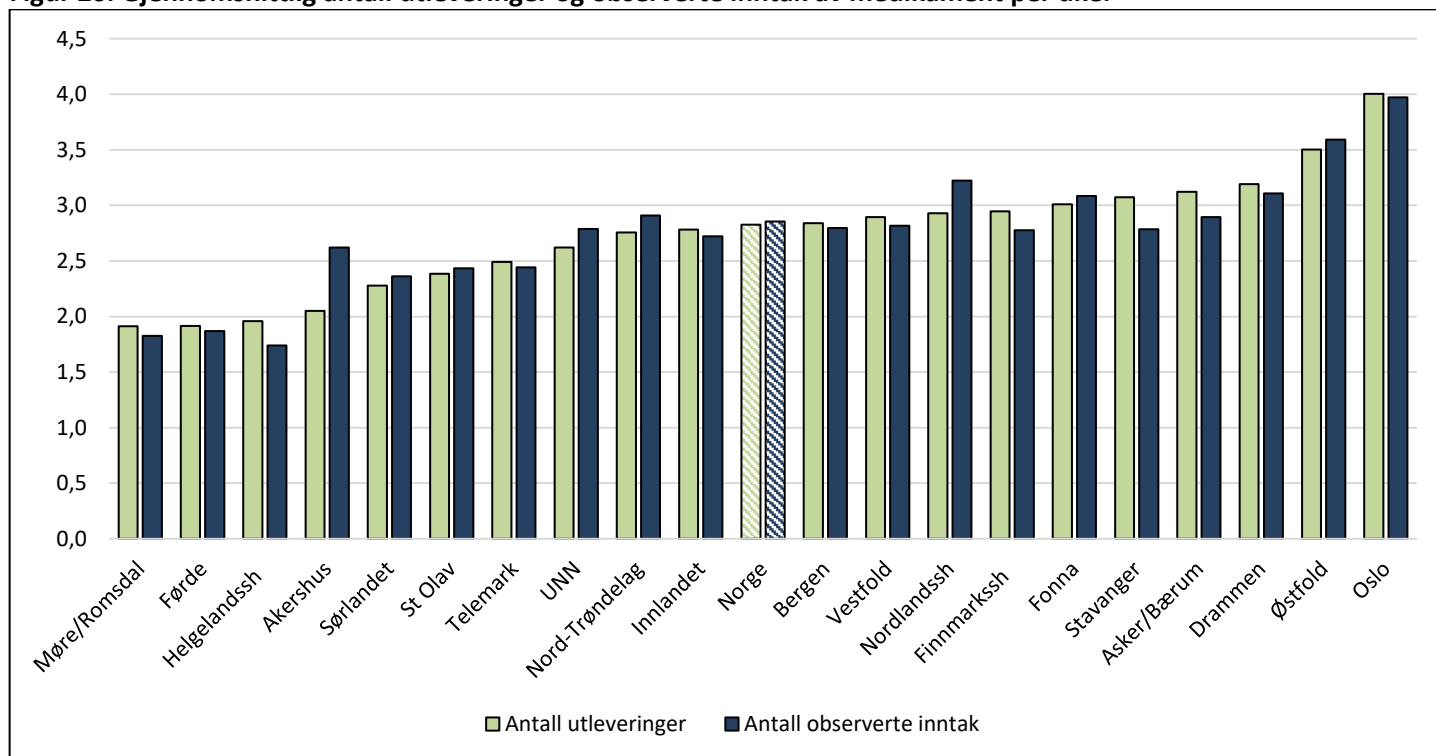
² Waal et al. (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>

MEDISINSK FORSVARLIGHET

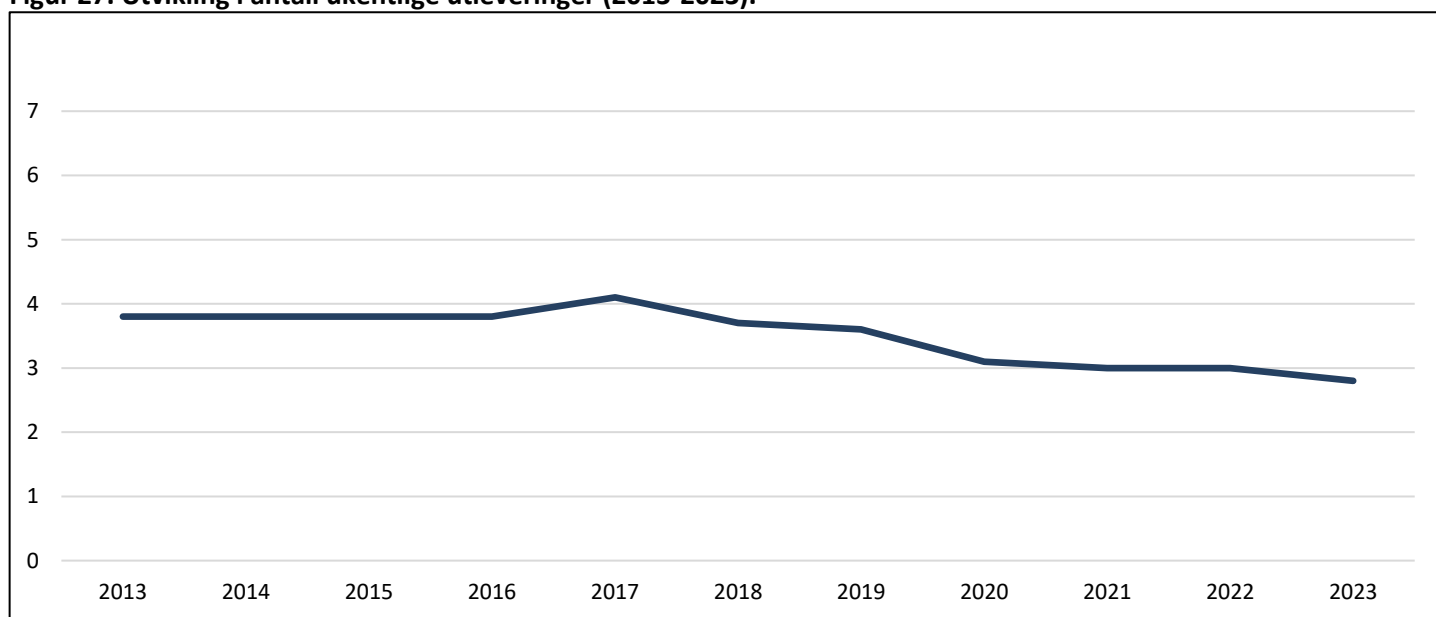
Medikamentutlevering

Utlevering av LAR-medikament skal tilpasses pasientens situasjon og rusmestring. De fleste pasienter i LAR møter flere ganger ukentlig for medikamentutlevering, ofte i form av observert inntak på hentedagen. Antall utleveringer varierer typisk fra en til syv ganger ukentlig. Figur 26 viser gjennomsnittlig antall ukentlige utleveringer og observerte inntak for hver LAR-enhet. Gjennomsnittlig antall medikamentutleveringer i 2023 var 2,9, og gjennomsnittlig antall observerte inntak var 2,8. Figur 27 viser antall ukentlige utleveringer gjennom det siste tiåret.

Figur 26. Gjennomsnittlig antall utleveringer og observerte inntak av medikament per uke.



Figur 27. Utvikling i antall ukentlige utleveringer (2013-2023).

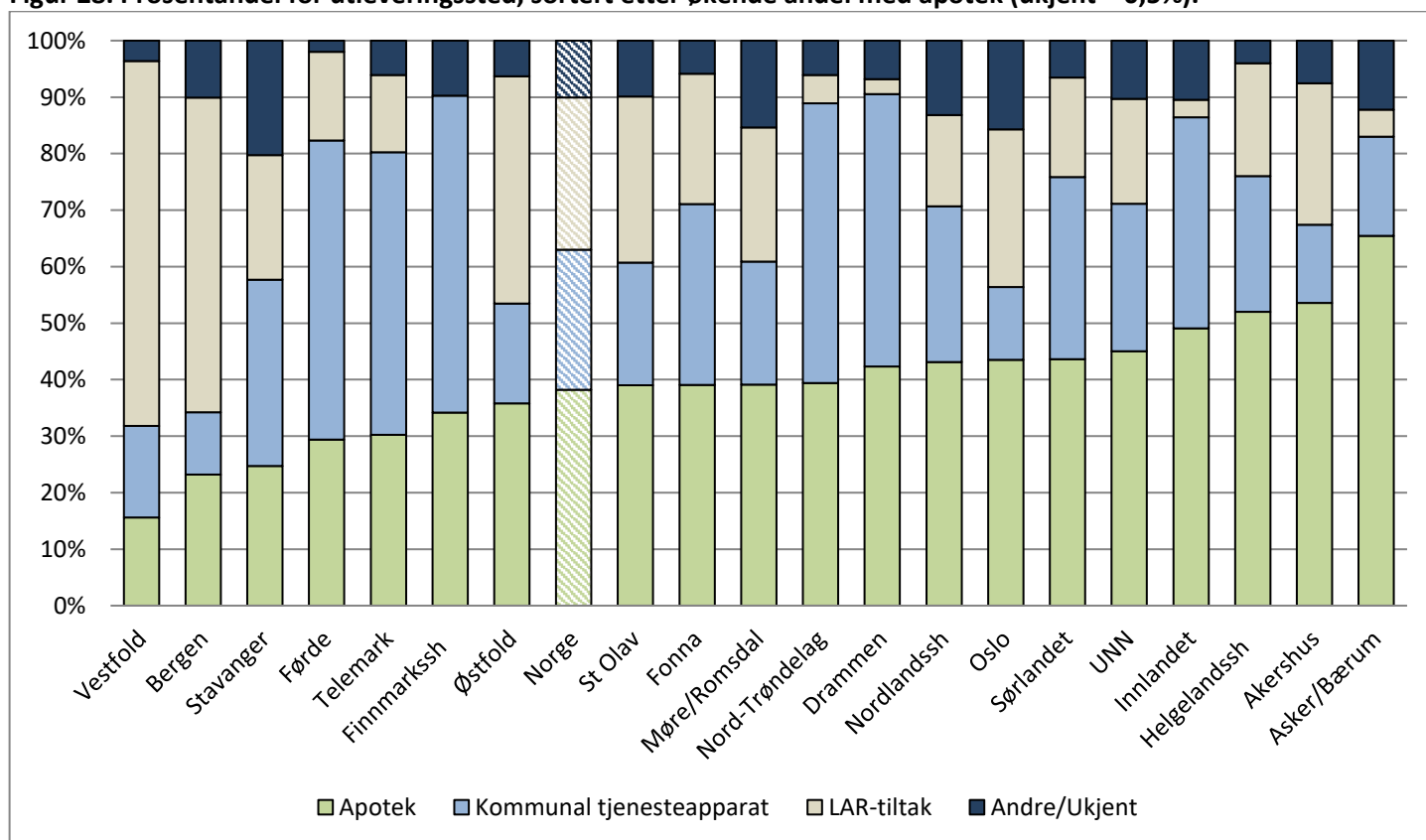


Utleveringssted

Andelen som bruker ulike utleveringssteder fremgår av figur 28. I 2023 var det 38,2% som hadde utlevering på apotek, mot 39,6% i 2022. De siste årene har det gått mot en reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted (49,4% i 2017). Dette kan delforklares av innføringen av et større spekter av LAR-medikamenter, særlig buprenorfin depot injeksjon, som settes i spesialisthelsetjenesten. På sikt kan økt bruk av buprenorfin depot injeksjon føre til ytterligere reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted.

Som tidligere var det store forskjeller mellom LAR-enhet i bruk av ulike utleveringssteder, der enkelte primært benytter apotek (for eksempel Asker og Bærum, 65,4%), mens andre kun i noen grad benytter apotek (for eksempel Vestfold, 15,6%). Også i Bergen (23,4%) og Stavanger (24,7%) benyttes apotek kun i begrenset grad, da disse stedene har poliklinikker hvor det meste av den medikamentelle behandlingen finner sted. Enkelte steder er medikamentutlevering gjennom kommunalt tjenesteapparat, som for eksempel hjemmesykepleie, hyppigere brukt. Dette gjelder blant annet for Finnmarkssykehuset (56,1%), Førde (52,9%) og Telemark (50,0%). Bruk av utleveringssted henger sammen med overordnet organisering av LAR-behandlingen.

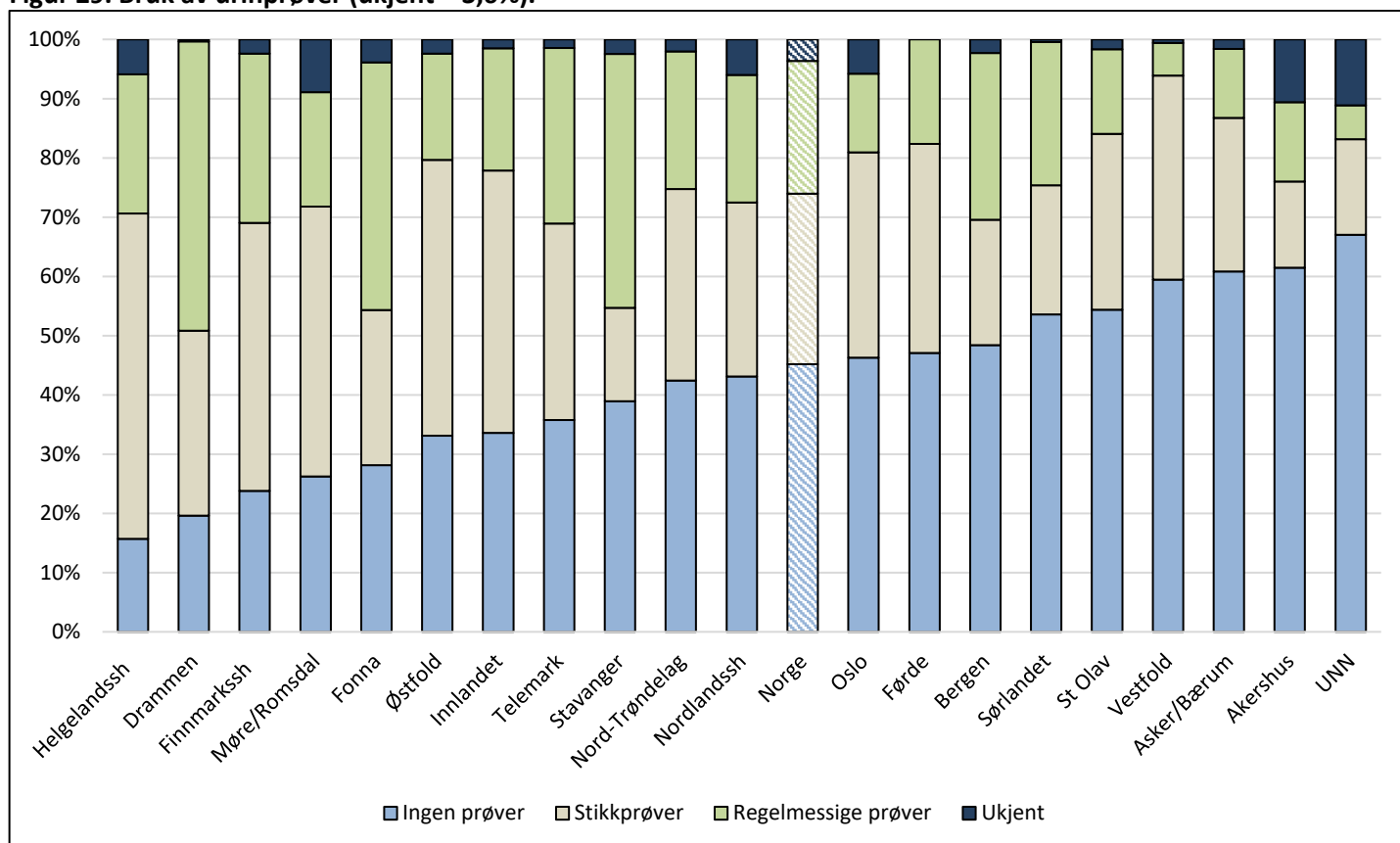
Figur 28. Prosentandel for utleveringssted, sortert etter økende andel med apotek (ukjent = 0,5%).



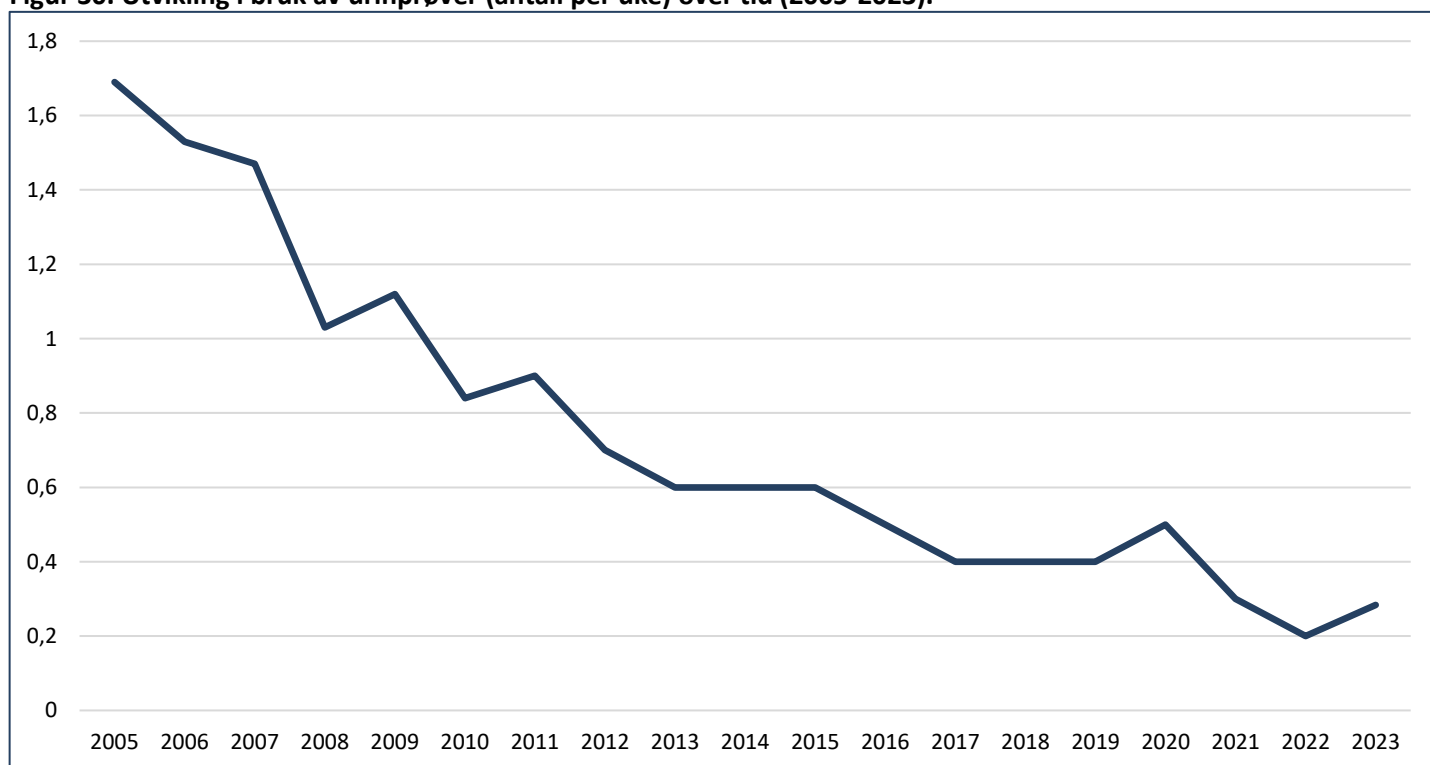
Rusprøver

I gjennomsnitt avla pasientene 0,3 urinprøver per uke i 2023. Antallet utkentlige urinprøver har vært stabilt gjennom de siste årene, og var i 2022 på 0,2. Det var 23,1% som hadde regelmessig urinprøvetaking i 2023, mot 24,8% i 2022. Videre var det 28,8% som hadde stikkprøver fra tid til annen, sammenlignet med 29,3% i 2022. Det var 45,2% som ikke hadde noen urinprøveordning, mot 42,4% i 2022. Andelen som ikke har en fastsatt urinprøveordning har økt fra 22,8% i 2020. Som vist i figur 29 var det store regionale forskjeller i urinprøveordninger. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde de fleste, 67,0%, ingen rusprøveordning. Andelen er omtrent av tilsvarende størrelse i Akershus, Asker og Bærum, og Vestfold. Figur 30 viser en betydelig reduksjon i bruk av urinprøver over tid, og antyder at urinprøver kun i begrenset grad benyttes systematisk som sikkerhetstiltak i dag. Utviklingen må blant annet forstås i lys av endringer i hvilke LAR-medikamenter som blir benyttet, samt kan dreie seg om økende alder og stabilisering i behandlingen over tid.

Figur 29. Bruk av urinprøver (ukjent = 3,6%).



Figur 30. Utvikling i bruk av urinprøver (antall per uke) over tid (2005-2023).



Vurderinger av medisinsk forsvarlighet

I gjennomsnitt møtte pasienter i LAR opp tre ganger i uken for overvåket inntak av medikamenter i 2023. Det har vært en reduksjon i antall ukentlige utleveringer de siste årene. Antall ukentlige rusprøver i form av urinprøver, og andelen som systematisk avlegger urinprøver, har blitt betydelig redusert de siste årene. Avtale om utleveringsordning og rusprøver skal vurderes individuelt ut fra pasientens målsetning, hva som er hensiktsmessig opp mot andre rehabiliteringsinnsatser og adekvat forsvarlighet i behandling. I de nye LAR-retningslinjene vektlegges dialog og observasjon fremfor rusprøver. På dette området utvikler praksis seg i retning av ordlyden i de reviderte retningslinjene.

Siden sterkt vanedannende legemidler brukes i LAR, er særregulering ifølge LAR-forskriften nødvendig for å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade både hos pasienter og tredjepart. Urinprøver og spyttprøver kan brukes for å få oversikt over legemiddelinntak og rusmiddelbruk, men skal bare brukes i den utstrekning det er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig behandling. Målsettingen bør altså være en balansert bruk av prøver og tilpasset utleveringsordning, og med det både høy nok grad av forsvarlighet og lavest mulig terskel for å være i behandling over tid. Den som forskriver LAR-medikamenter skal balansere brukervedvirkning og tilgjengelighet, opp mot risiko for at medikamentene inntas av andre enn pasienten. Denne balansen kan det være utfordrende å finne i praksis, men bør være en rettesnor.³

Rusbruk som eskalerer slik at det påvirker fungering i hverdagen, eller nyoppstått rusbruk hos en tidligere rusfri pasient, bør fortrinnsvis tematiseres gjennom samtaler med pasienten. I slike samtaler kan man drøfte funksjonen av rusbruken, utløsende faktorer, og hvordan videre behandlingsstrategi kan tilpasses for å best møte behov og mål. Det kan være at pasienten trenger høyere dose LAR-medikament eller endring av medikament. Urin- eller spyttprøver bør i noen grad brukes som supplement til dialog og observasjon for å kunne monitorere behandlingseffekt og behov for tilpasning av behandling i samarbeid med pasienten.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: Challenges and implications. https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion_en

PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

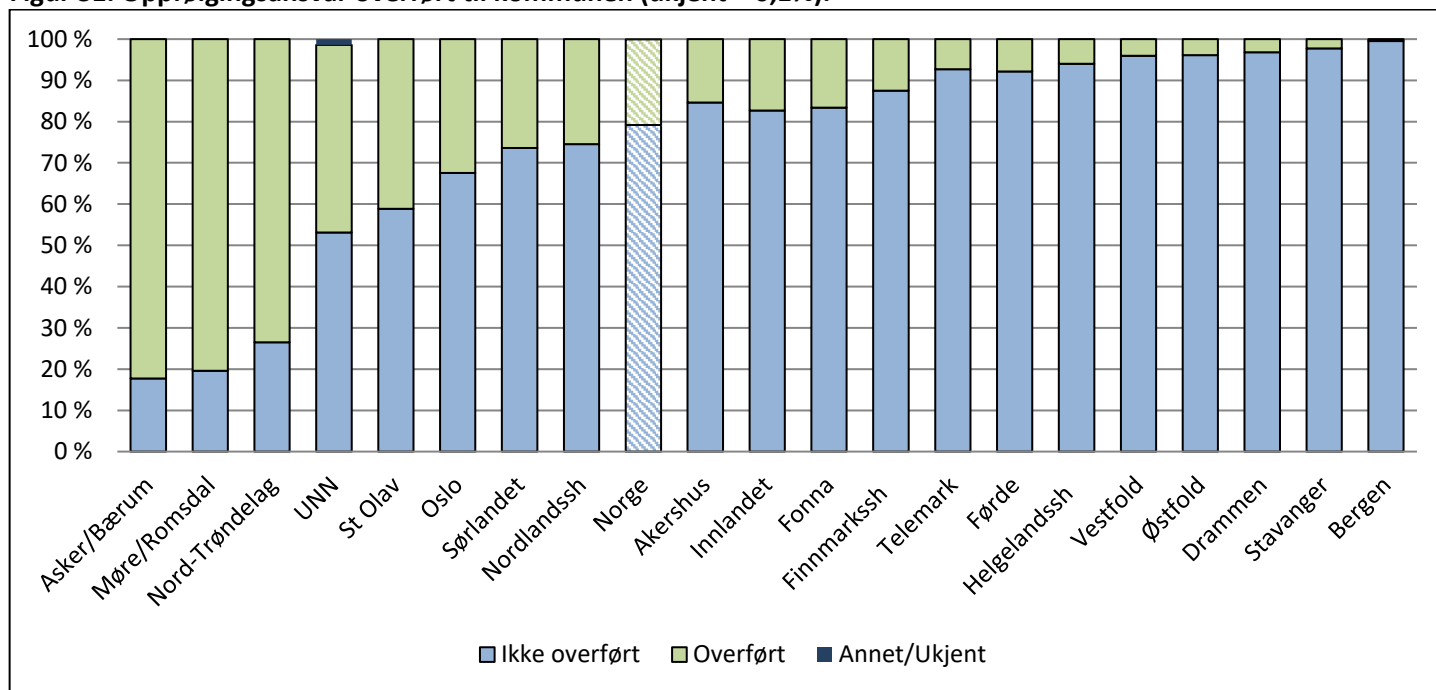
Forankring av behandlingen

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

Som vist i figur 31 var LAR-behandlingen primært forankret i spesialisthelsetjenesten for 78,1% av pasientene (grønne søyler), omtrent som i 2022 (78,3%). De fleste LAR-enheter har organisert behandlingen slik at den hovedsakelig er forankret i spesialisthelsetjenesten. Noen enheter har imidlertid i stor grad overført behandlingen til kommunale instanser (blå søyler), der særlig Asker og Bærum (81,0%), Møre og Romsdal (77,2%) og Nord-Trøndelag (72,7%) primært har kommunalt forankret LAR-behandling. I den andre enden av skalaen ser vi Bergen (99,4%) og syv andre LAR-enheter som har LAR-behandling for over 90% av pasientene forankret i spesialisthelsetjenesten. Dette illustrerer betydelige forskjeller i organisering i praksis.

Forskjellene i hvordan oppfølgingsansvar organiseres har vært stabile gjennom en rekke år. Det er ikke nødvendigvis slik at LAR bør organiseres likt i alle helseforetak, da faktorer som medikamentvalg, tilgjengelige ressurser og lokale behov kan innebære at det er nødvendig eller hensiktsmessig å gjøre lokale organisatoriske tilpasninger. Imidlertid så foregår organiseringen av behandlingen innenfor en felles nasjonal ramme, der trepartssamarbeidet, LAR-forskriften og LAR-retningslinjene i stort bidrar til stabilitet over tid.

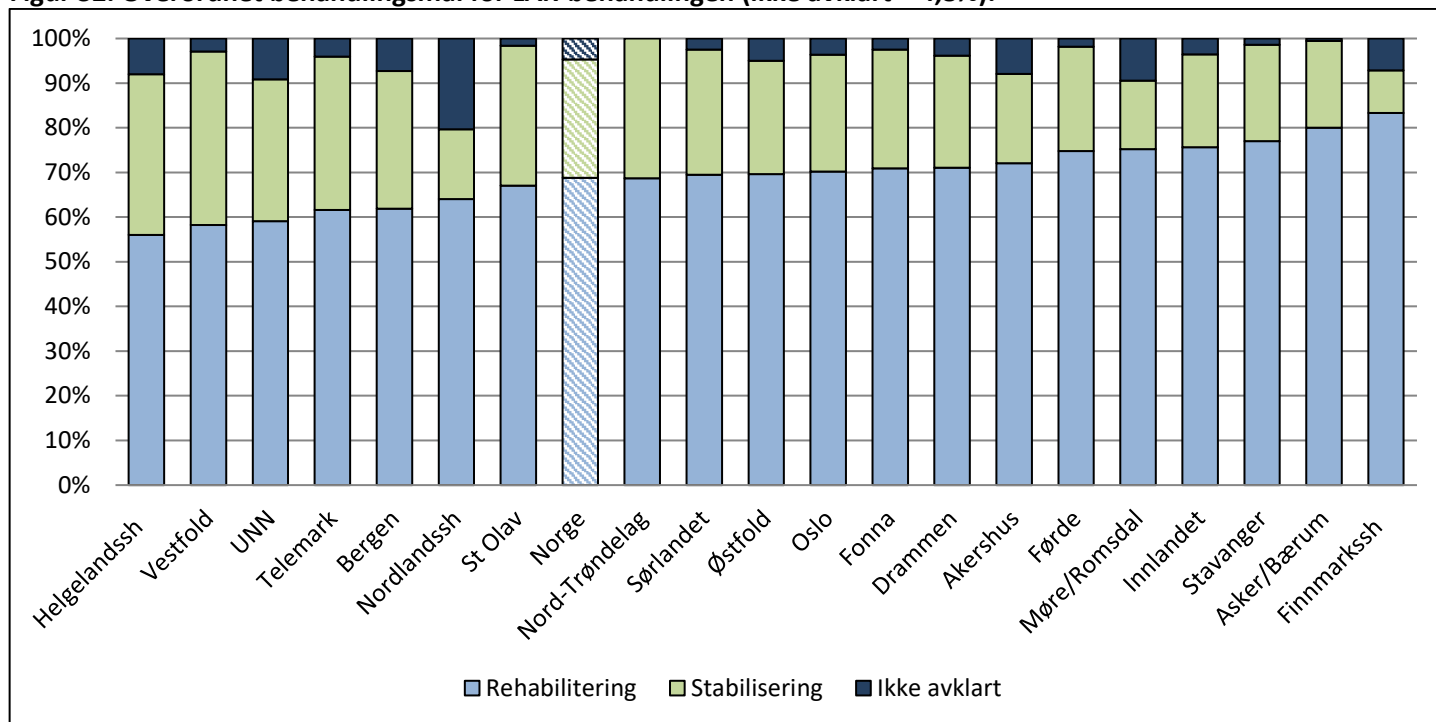
Figur 31. Oppfølgingsansvar overført til kommunen (ukjent = 0,1%).



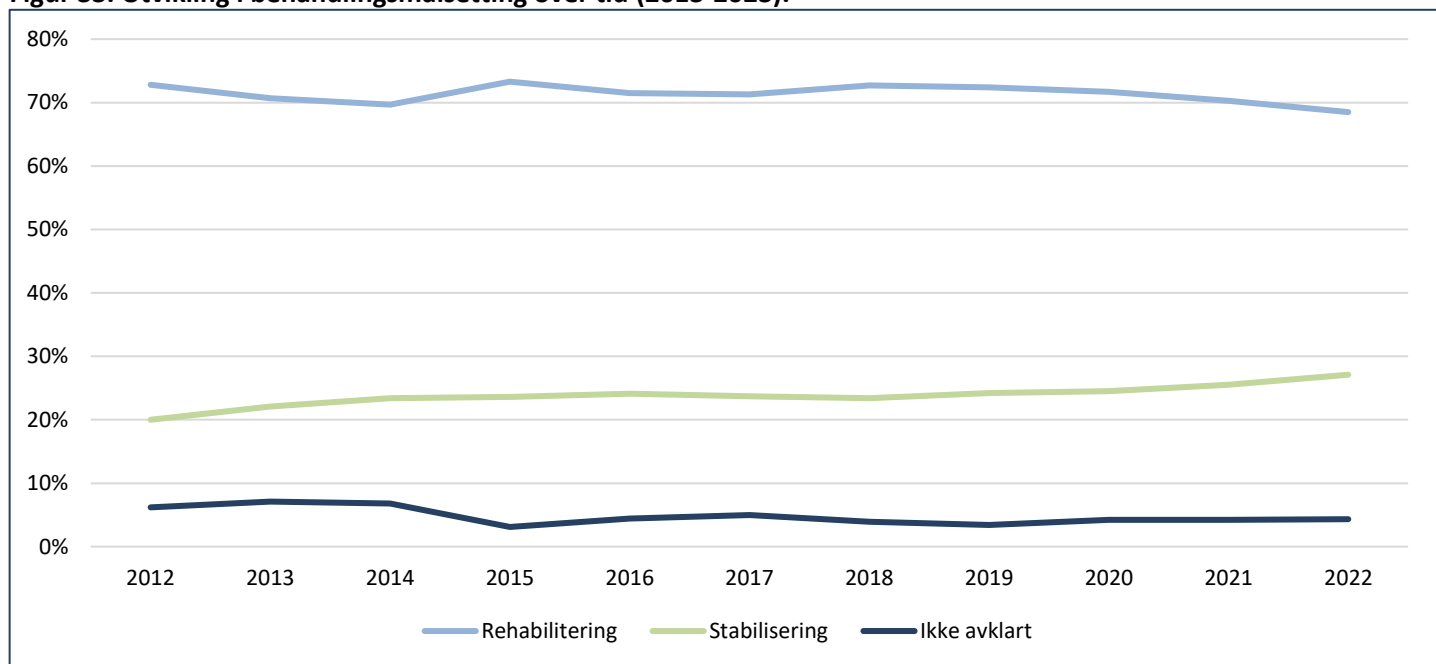
Behandlingsmål

I statusundersøkelsen spørres den enkelte om det overordnede behandlingsmålet for LAR-behandlingen, der alternativene er rehabilitering med rusfrihet, stabilisering, og ikke avklart. Det vil være individuelle variasjoner i fortolkningen. Figur 32 viser at rehabilitering med mål om rusfrihet ble oppgitt som overordnet behandlingsmål for 68,7% av pasientene (mot 68,5% i 2022), mens 26,5% oppga stabilisering uten mål om full rusfrihet. På enhetssnivå var det særlig mange som hadde mål om stabilisering i Vestfold (38,9%), og særlig få ved Finnmarkssykehuset (9,5%). Andelen uten avklart behandlingsmålsetting, som formulert i statusundersøkelsen, var jevnt over lav, men nokså høy ved Nordlandssykehuset (20,4%). I de fleste LAR-enhetene siktet omtrent 7 av 10 mot rehabilitering. Fordelingen har vært nokså stabil gjennom det siste tiåret (Figur 33).

Figur 32. Overordnet behandlingsmål for LAR-behandlingen (ikke avklart = 4,8%).

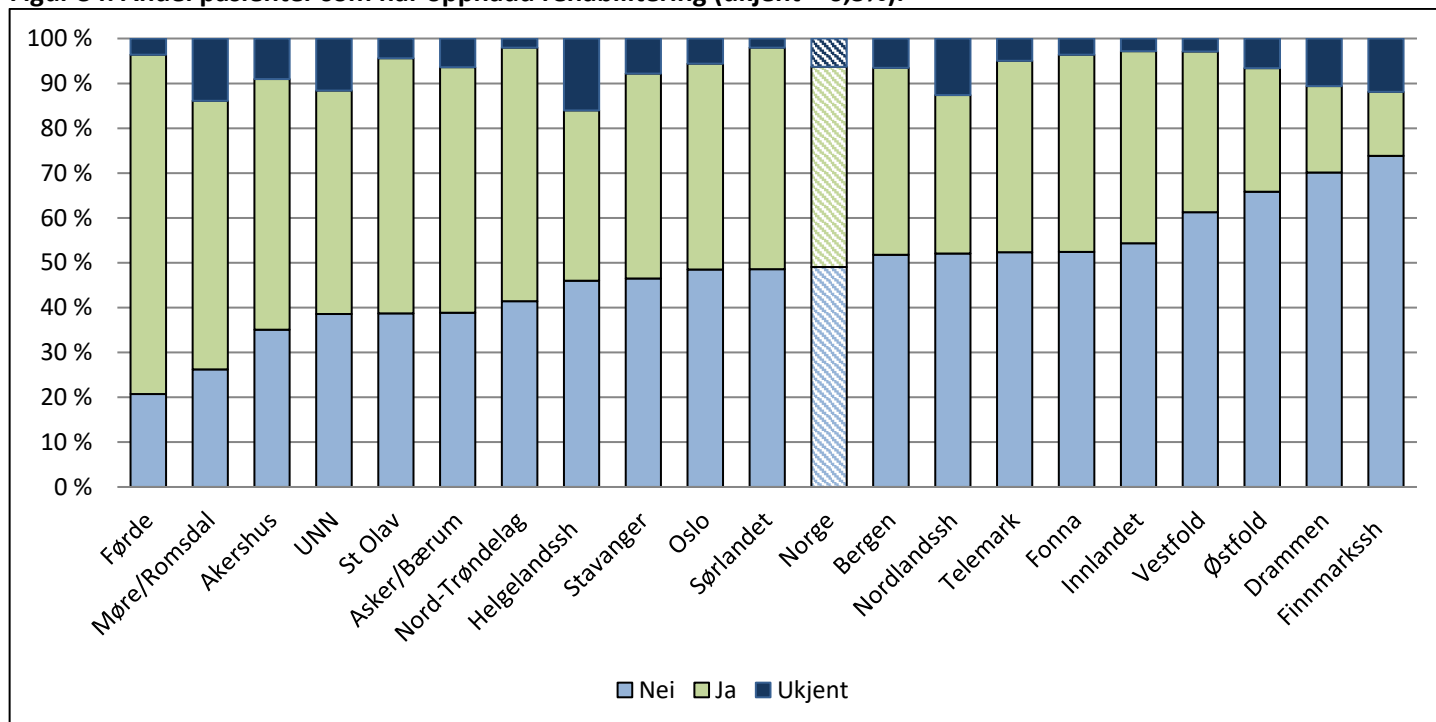


Figur 33. Utvikling i behandlingsmålsetting over tid (2013-2023).

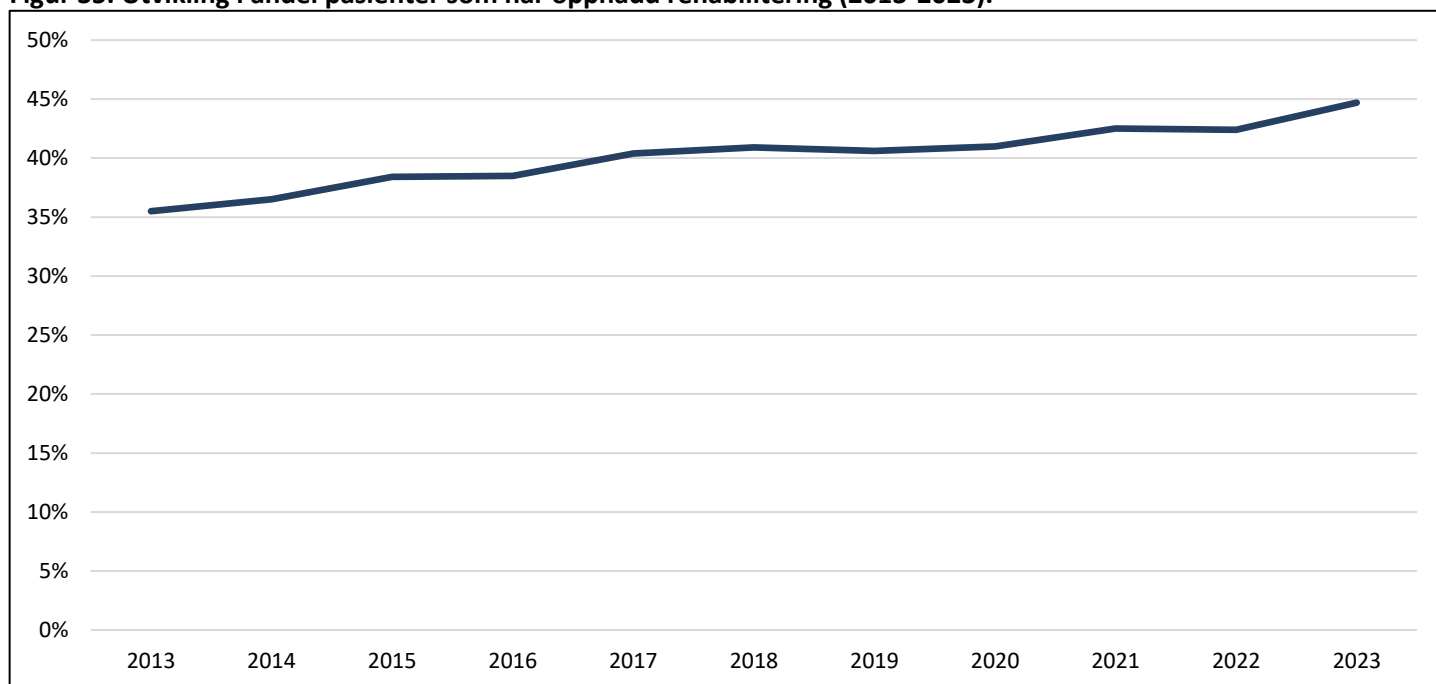


Når det gjelder hvorvidt den enkelte hadde oppnådd rehabilitering (Figur 34), ble det vurdert at 44,5% var rehabilitert og kun i vedlikeholdsbehandling (sammenlignet med 42,4% i 2022), mens 49,2% var underveis i prosessen mot å oppnå rehabilitering eller i en stabiliseringsprosess. Denne fordelingen er omtrent lik foregående år. Det var høyest andel som hadde nådd rehabilitering i Førde (76,5%). Ved seks enheter hadde minst halvparten av pasientene oppnådd rehabilitering. Figur 35 viser andelen som hadde oppnådd rehabilitering gjennom det siste tiåret, og viser en forsiktig, men jevn stigning på omtrent ti prosentpoeng. Dette antyder at flere hadde nådd rehabilitering i 2023 enn i 2013.

Figur 34. Andel pasienter som har oppnådd rehabilitering (ukjent = 6,3%).



Figur 35. Utvikling i andel pasienter som har oppnådd rehabilitering (2013-2023).



Individuell plan og ansvarsgruppemøter

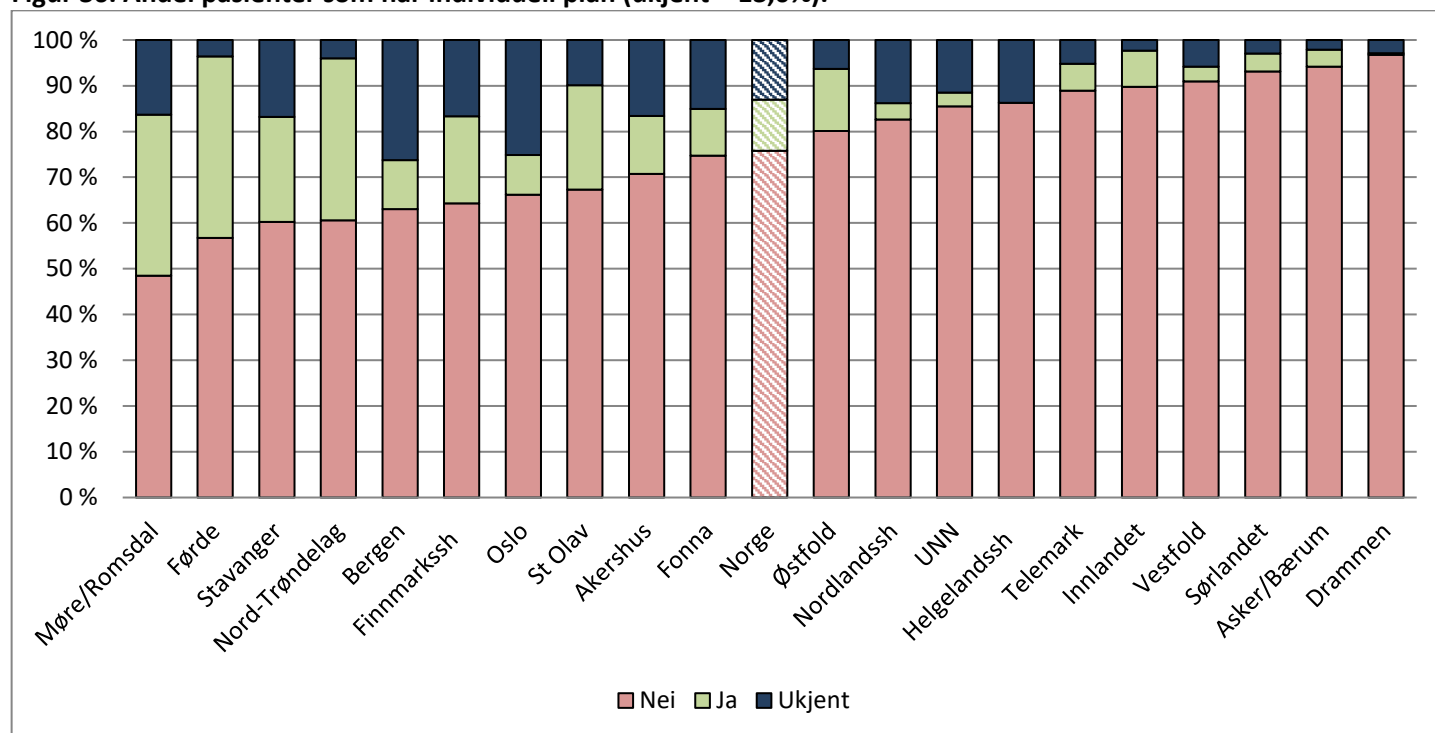
Alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, ofte koordinert gjennom en ansvarsgruppe. Specialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for individuell plan ved oppstart i LAR, og individuell plan skal utvikles i samarbeid med fastlege, kommunale tjenester og andre relevante instanser. Dette er forankret i LAR-forskriften (§6).⁴

⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

I 2023 manglet 76,0% individuell plan. 11,0% av LAR-pasientene hadde individuell plan (Figur 36), mot 10,9% i 2022. Som tidligere er det noe variasjon i andelen pasienter på tvers av LAR-enheter som har individuell plan, med Drammen (0,3%) og Førde (39,2%) som ytterpunkter. Det er også en viss ukjentandel (13,0%) som peker i retning at LAR ikke nødvendigvis har igangsatt prosessen med å utvikle en individuell plan. Figur 29 viser en gradvis nedgang i bruken av individuell plan over en årrekke.

Årsakene til redusert bruk kan være sammensatte, og kan blant annet skyldes mangel på initiativ fra tjenestene eller at pasienten ikke ønsker en individuell plan. Dette kan også ha sammenheng med behandlingens varighet og økende alder blant pasienter i LAR. Det kan også være at enhetene benytter andre verktøy enn individuell plan til å sikre at de tilbyr individuelt tilpassede, helhetlige tjenester. Gitt at pasienter i LAR har krav på at det utvikles individuell plan anbefales det allikevel å sikre at pasientenes ønsker om og behov for dette blir tilstrekkelig kartlagt.

Figur 36. Andel pasienter som har individuell plan (ukjent = 13,0%).

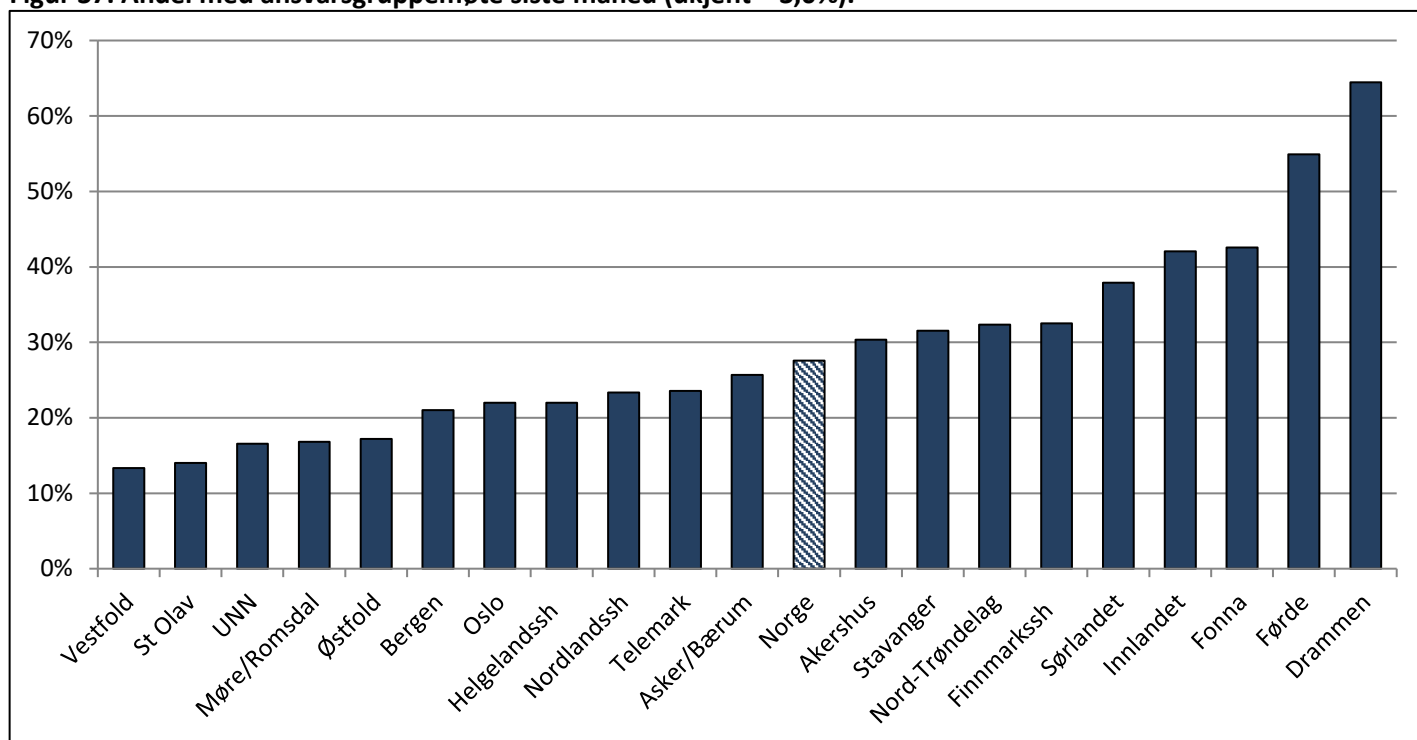


Medikamentell behandling skal ifølge LAR-forskriften være en delinnsats i et helhetlig rehabiliteringsforløp, der ansvarsgrupper bestående av alle relevante instanser som samarbeider med og om pasienten er et viktig virkemiddel for å koordinere de tjenestene. I likhet med individuell plan skal ansvarsgrupper være et verktøy for å oppnå individuelt tilpasset behandling. Ansvarsgrupper bør ha som forutsetning at pasienten skal ha anledning til aktiv brukermedvirkning, og pasientens mål og behov skal legges til grunn for oppfølgingen.⁵

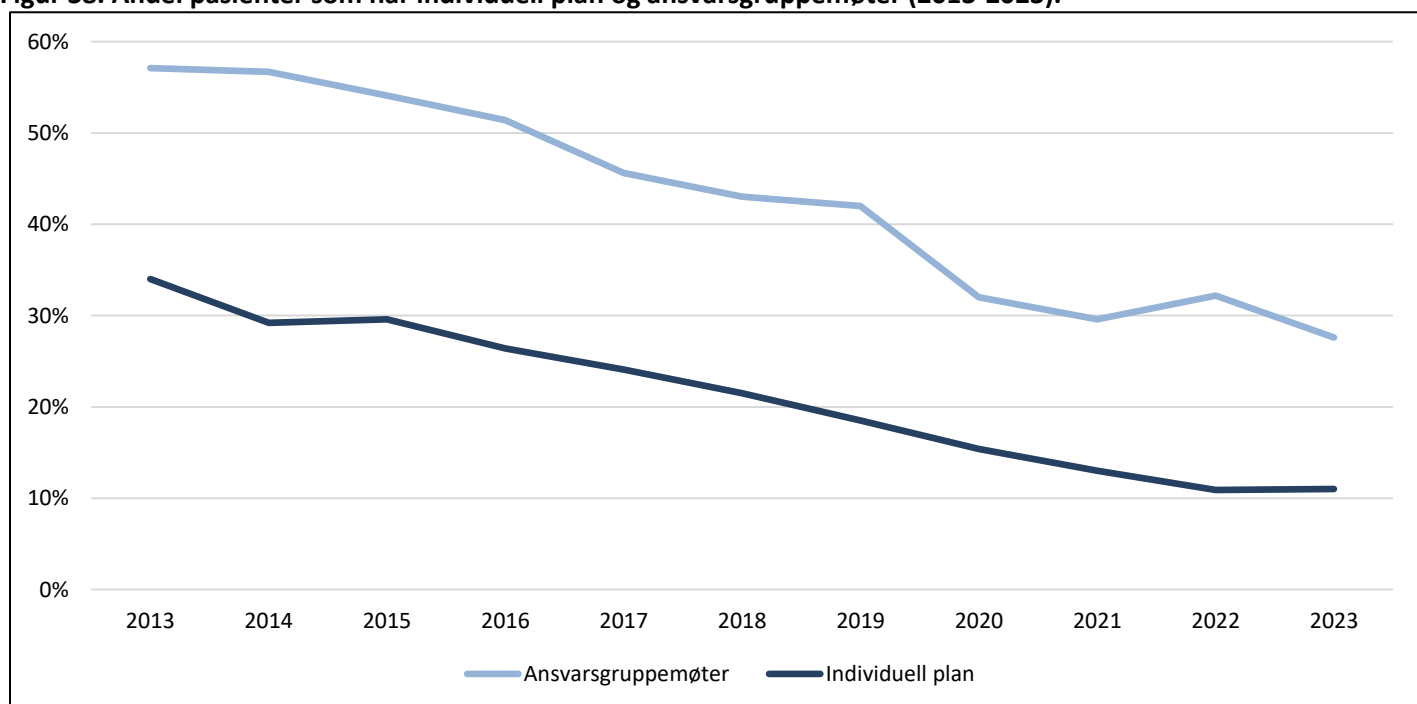
Figur 37 viser andelen pasienter som hadde ansvarsgruppemøte de siste tre månedene før deltakelse i statusundersøkelsen. I 2022 hadde 27,6% av pasientene hatt ansvarsgruppemøte siste tre måneder (mot 32,2% i 2022). Før pandemien var det en større andel som hadde ansvarsgruppemøte (42,0% i 2019). Det var store forskjeller mellom LAR-enheter, med lavest andel pasienter med gjennomførte ansvarsgruppemøter i Vestfold (13,3%) og ved St. Olavs hospital (14,0%), og høyest andel i Drammen (64,5%). I likhet med individuell plan har trenden for ansvarsgruppemøter har vært nedadgående over tid (Figur 38).

⁵ <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>

Figur 37. Andel med ansvarsgruppemøte siste måned (ukjent = 3,0%).



Figur 38. Andel pasienter som har individuell plan og ansvarsgruppemøter (2013-2023).

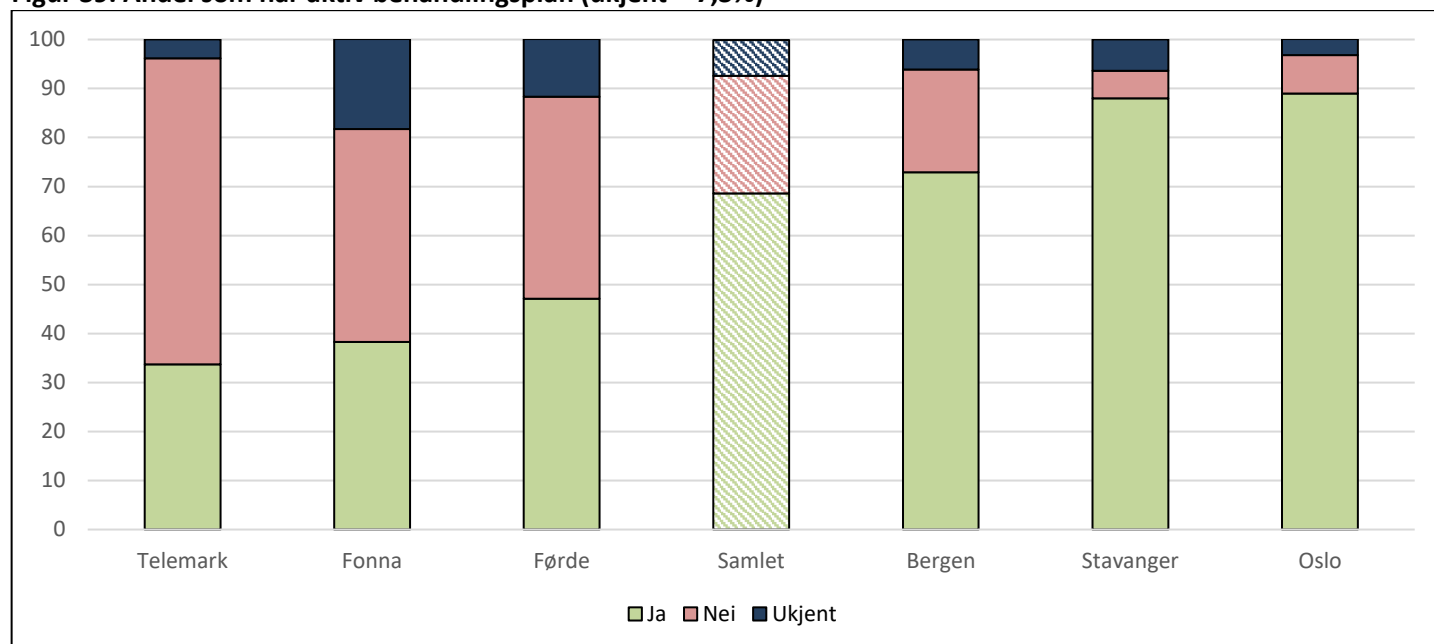


Behandlingsplan

LAR-enheter som benyttet DIPS Arena besvarte et tilleggsspørsmål om bruk av behandlingsplan siste år. Spørsmålet kartla hvorvidt det hadde blitt utviklet en behandlingsplan for den individuelle pasienten som skulle være førende for behandlingen, samt oppdateres minst årlig. Som vist i figur 39 så hadde majoriteten av pasientene, 68,6%, en aktiv behandlingsplan. For 24,0% var det ikke utviklet behandlingsplan, og ukjentandelen var på 7,3%. Det var imidlertid store forskjeller mellom enhetene, med minst utbredt bruk av behandlingsplan i Telemark (33,7%). Nesten alle i Oslo (89,0%) og Bergen (88,0%) hadde en aktiv behandlingsplan. Disse tallene

viser oss at enkelte av LAR-enhetene som i lavere grad benytter individuell plan, følger et individuelt tilpasset behandlingsopplegg gjennom bruk av behandlingsplan.

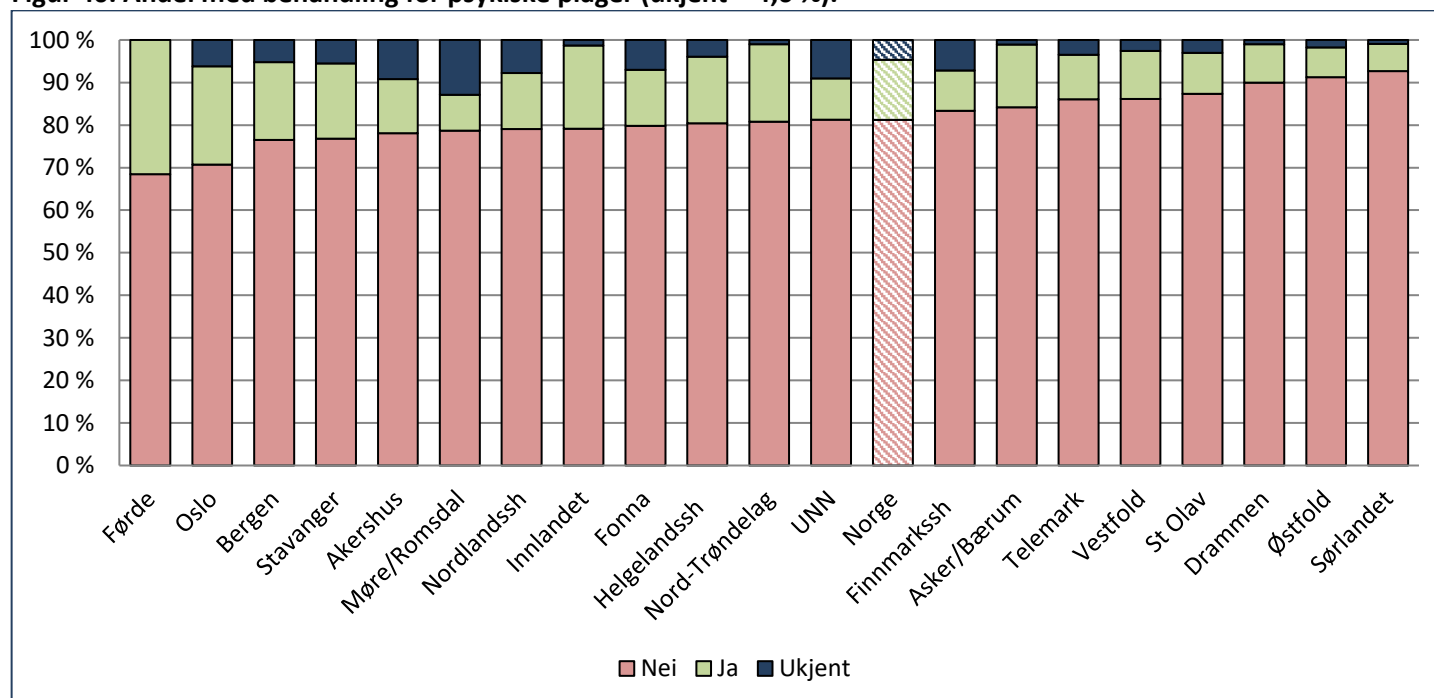
Figur 39. Andel som har aktiv behandlingsplan (ukjent = 7,3%)



Behandling av psykiske helseproblemer

Pasienter i LAR skal kunne få utredning og behandling for psykiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten ved behov for dette. Det var kun var en liten andel LAR-pasienter som mottok behandling for psykiske helseproblemer i 2022 (Figur 40). På landsbasis var det 14,0% som mottok behandling for psykiske helseproblemer i 2023, mot 13,3% året før. Denne andelen har vært stabil det siste tiåret. Det var jevnt over liten forskjell mellom LAR-enhetene. Andelen som var i behandling for psykiske helseproblemer var størst i Førde (31,4%), etterfulgt av Oslo (23,1%).

Figur 40. Andel med behandling for psykiske plager (ukjent = 4,6 %).



Vurderinger av den psykososiale oppfølgingen

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

De fleste pasienter i LAR har rehabilitering med rusfrihet som sitt overordnede behandlingsmål, og men for en vesentlig gruppe er stabilisering uten rusfrihet det overordnede målet. Disse tallene viser at LAR for mange er et viktig ledd i rehabilitering, og for mange viktig som skadereduksjon. Psykososial oppfølging er en viktig del av LAR sammen med den medikamentelle behandlingen, og kan ha mye å si for pasientenes muligheter til å oppnå sitt behandlingsmål.

Gjennom det siste tiåret har det vært en tydelig reduksjon i bruk av individuell plan som verktøy for helhetlige, koordinerte tjenester. Samtidig ser vi at en del pasienter har en aktiv behandlingsplan, og at omtrent en tredjedel av pasientene har hatt ansvarsgruppemøter. Endringer i bruk av verktøy for helhetlige, koordinerte tjenester kan ha sammenheng med at pasienter som har vært i LAR over tid blir vurdert med mindre behov for psykososial oppfølging. Samtidig vil økende alder og tilhørende somatiske utfordringer, samt lav tilgang til aktiviteter som jobb og utdanning, være viktige områder å adressere gjennom psykososial oppfølging. I tillegg til annen psykososial oppfølging kan pasienter i LAR være i behov av behandling for psykiske helseproblemer, herunder utredning og samtaleterapi. Tallene for mottatt behandling for psykiske helseproblemer bør settes i sammenheng med tallene som viser opplevde psykiske helseproblemer siste tid, og viser da noen grad av udekket behandlingsbehov.

KLAGERETT

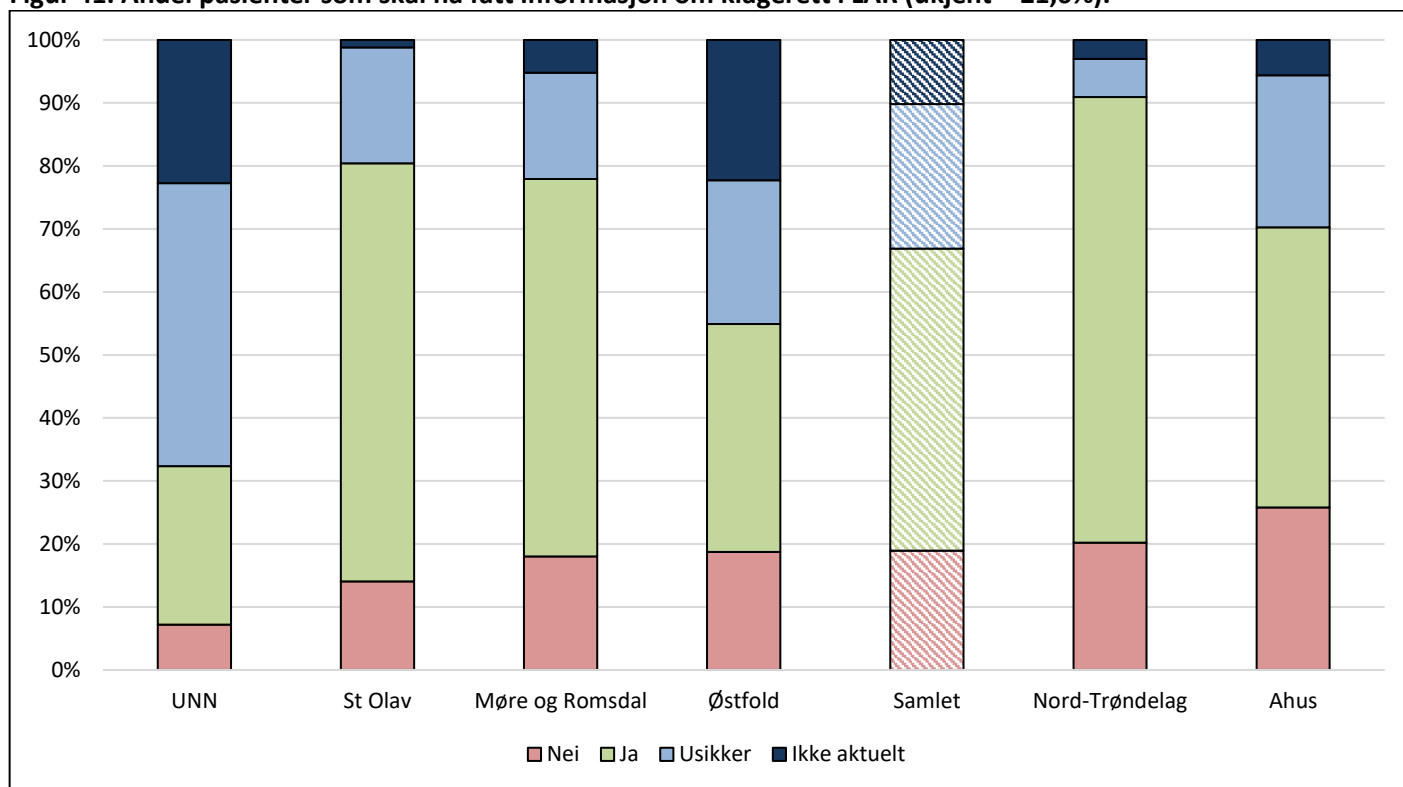
Informasjon om klagerett

Pasienter som er i behandling, herunder pasienter i LAR, har rett til å klage dersom de opplever at de ikke har fått de helsetjenestene de har krav på. Pasienter i LAR har hatt klagerett siden personer som var i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Pårørende eller representant for pasienter har også klagerett.

I lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) fremheves det at pasienten har rett på «den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter» (§3-2). Det fremheves også at helsepersonell skal sikre at informasjonen og implikasjonene av informasjonen er forstått av pasienten, samt beskrevet i journal (§3-5)⁶. Dette innebærer blant annet at «pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage» (§ 2-2).

Klageprosesser innebærer typisk at pasienten eller representant for pasienten utformer og sender en klage til det aktuelle behandlingsstedet eller til statsforvalteren⁷. Klager kan for eksempel omhandle avslag på behandling eller behandlingstiltak, mangelfull oppfølging, eller spesifikke vedtak. Ved behov skal helsepersonell «bistå med nedtegning av selve klagen»⁸.

Figur 41. Andel pasienter som skal ha fått informasjon om klagerett i LAR (ukjent = 21,6%).



I statusundersøkelsen for 2023 ble det lagt til et spørsmål om hvorvidt man har mottatt informasjon om klagerett i LAR. Grunnet tekniske utfordringer hos helseforetakene var det bare et utvalg LAR-enheter som fikk levert opplysninger for dette spørsmålet. Opplysninger for 1748 pasienter er oppsummert i figur 41. Samlet sett skal nær halvparten av disse pasientene, 47,9%, ha blitt informert om deres rett til å levere klage på LAR-behandlingen, mens 18,9% ikke skal ha fått denne informasjonen. Det foreligger usikkerhet rundt informasjon om klagerett for 22,9% av pasientene, og videre skal det ha blitt vurdert ikke aktuelt med informasjon om klagerett for 10,2% av pasientene. Vi ser fra grafen at det er nokså store forskjeller mellom de ulike regionene

⁶ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

⁷ <https://www.statsforvalteren.no/portal/nyheter/2022/03/hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/>

⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevern-forskriften-med-kommentarer/skjerming-undersokelse-og-behandling-uten-eget-samtykke-og-tvangsmidler/28-klage>

når det gjelder hvorvidt det har blitt gitt opplysninger om adgang til å klage på LAR-behandling. Andelen som ikke har blitt informert om klagerett er lavest hos UNN, med 7,2%, og høyest ved Akershus universitetssykehus, med 25,8%. Nord-Trøndelag rapporterte om høyest andel som har fått informasjon om klagerett, etterfulgt av St. Olavs hospital og Møre og Romsdal, på henholdsvis 70,7%, 66,4% og 59,9%.

Vurdering av kjennskap til klagerett

Svarene antyder at de like under halvparten av pasientene i utvalget skal ha fått informasjon om klagerett. Samtidig er det noen geografiske variasjoner og nokså høy andel med ukjent status, noe som peker i retning at det er rom for forbedring når det gjelder å sørge for at pasienter i LAR mottar tydelig informasjon om klagerett. Spørsmålet om klagerett er helt nytt i statusundersøkelsen, slik at det ikke foreligger tidligere tall å sammenligne disse med. Det mangler også opplysninger for de fleste av LAR-enhetene, noe som representerer en svakhet i dette materialet, men de svarene som foreligger gjelder allikevel et nokså stort utvalg av pasientpopulasjonen. 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, og dette vil være et viktig område å videreutvikle i årene som kommer for å sikre at pasienters rettigheter er ivaretatt på adekvat vis.

BEHANDLINGSTILFREDSHET

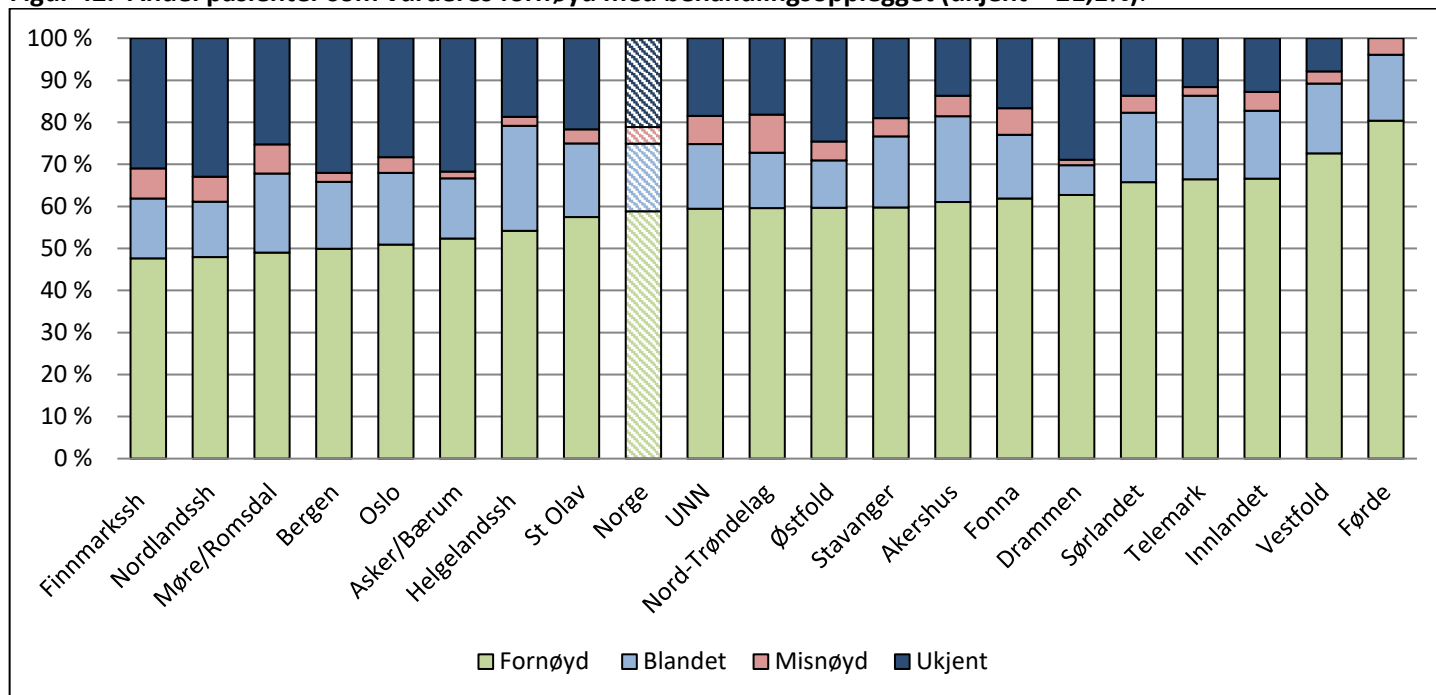
Pasientenes vurderinger av behandlingen fungerer som et ment som et mål på hvorvidt den enkelte opplever nytte av og tilfredshet med behandlingen. Pasienters vurdering av behandlingen bygger på ett enkelt spørsmål, og ulike aspekter ved behandlingen kan inngå i denne vurderingen, avhengig av den individuelle pasientens fortolkning og opplevelse av behandlingen. Pasienters vurdering kan ses i sammenheng med behandleres vurdering, samt mulige identifiserte endringsbehov.

Pasientenes tilfredshet med behandlingen

Nedenfor presenteres en oversikt over overordnet tilfredshet med behandlingen blant pasienter i LAR for det foregående året (Figur 42). Pasientene skal i utgangspunktet medvirke i gjennomføringen av statusundersøkelsen og også være spurt om deres tilfredshet med behandlingen, men til tross for dette så er andelen med ukjent tilfredshet nokså høy (20,9%). I 2023 oppga 58,8% at de var tilfredse med behandlingen i LAR. Dette er nokså sammenlignbart med tallet for 2022 (56,9%). Andelen med blandet tilfredshet var 16,1% (17,7% i 2022), og andelen som ikke var tilfreds med behandlingen var 3,9% (4,2% i 2022).

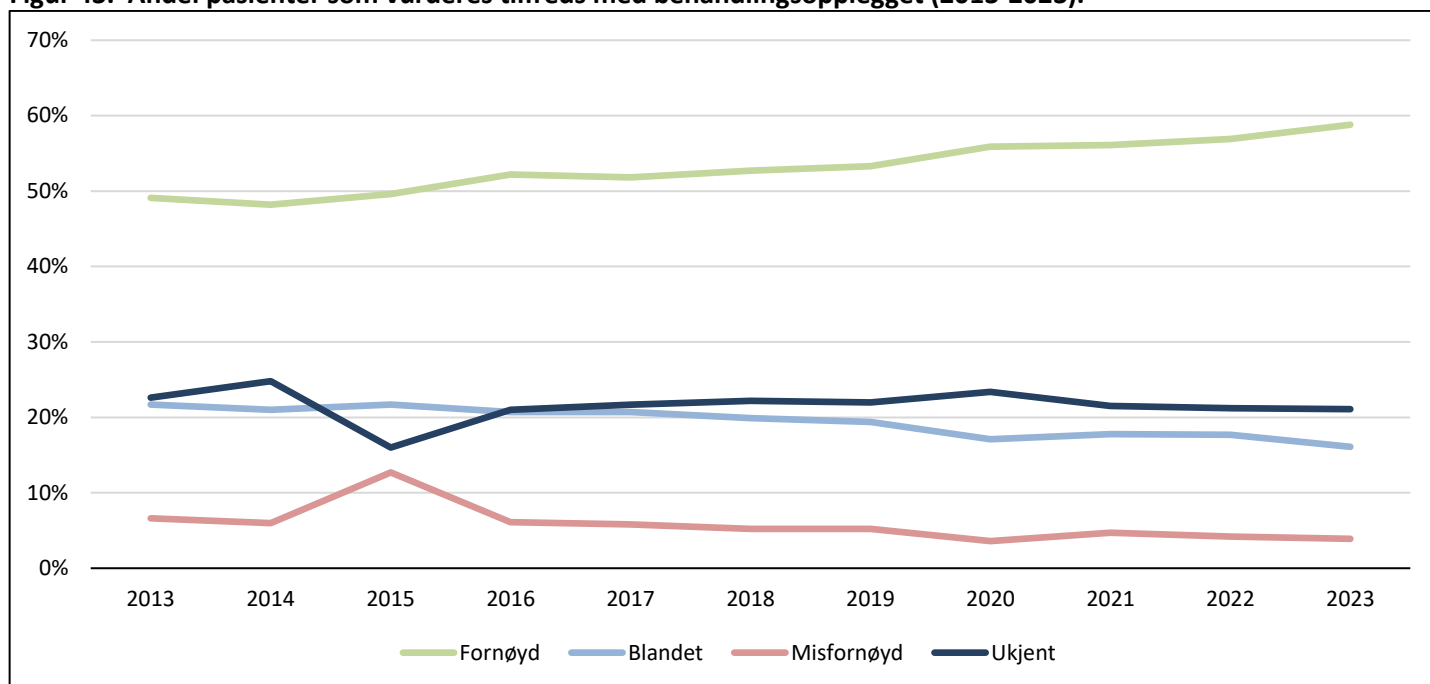
Pasienters tilfredshet med behandlingen var nokså likt fordelt i de ulike regionene. Svarene viser imidlertid noen grad av variasjon mellom LAR-enheter, med størst andel fornøyde pasienter i Førde (80,4%) og Vestfold (72,6%), og lavest andel som har oppgitt at de er fornøyde med behandlingen i LAR i nord. Blandet tilfredshet ble hyppigst oppgitt ved Helgelandssykehuset (25,0%), og sjeldnest i Drammen (7,1%). Enkelte enheter har en relativt sett høy andel pasienter som ikke var tilfreds med behandlingen (for eksempel 9,1% i Nord-Trøndelag og 7,1% ved Finnmarkssykehuset). Ved en rekke enheter er det en betydelig andel pasienter som man ikke kjenner tilfredshetsstatusen til (høyest med 32,9% ved Nordlandssykehuset, 32,0% i Bergen, og 31,7% i Asker og Bærum). Det var ingen med ukjent behandlingstilfredshet i Førde.

Figur 42. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 21,1%).



Figur 43 viser utviklingen i pasienters tilfredshet med behandlingen over det siste tiåret. Da det for første gang ble laget en samlegraf med overblikk over det siste tiåret i fjorårets rapport ble det ved en feiltakelse lagt inn regionale fremfor nasjonale tall for 2014 og 2016, med høyere tilfredshet for disse årene enn de nasjonale tallene viste. De korrekte tallene for disse årene er presentert i figuren nedenfor. Sammen med tallene for 2023 og de resterende årene, tegner et bilde av en gradvis slak økning i pasienttilfredshet, fra omtrent 50% til 60% fornøyde pasienter gjennom det siste tiåret.

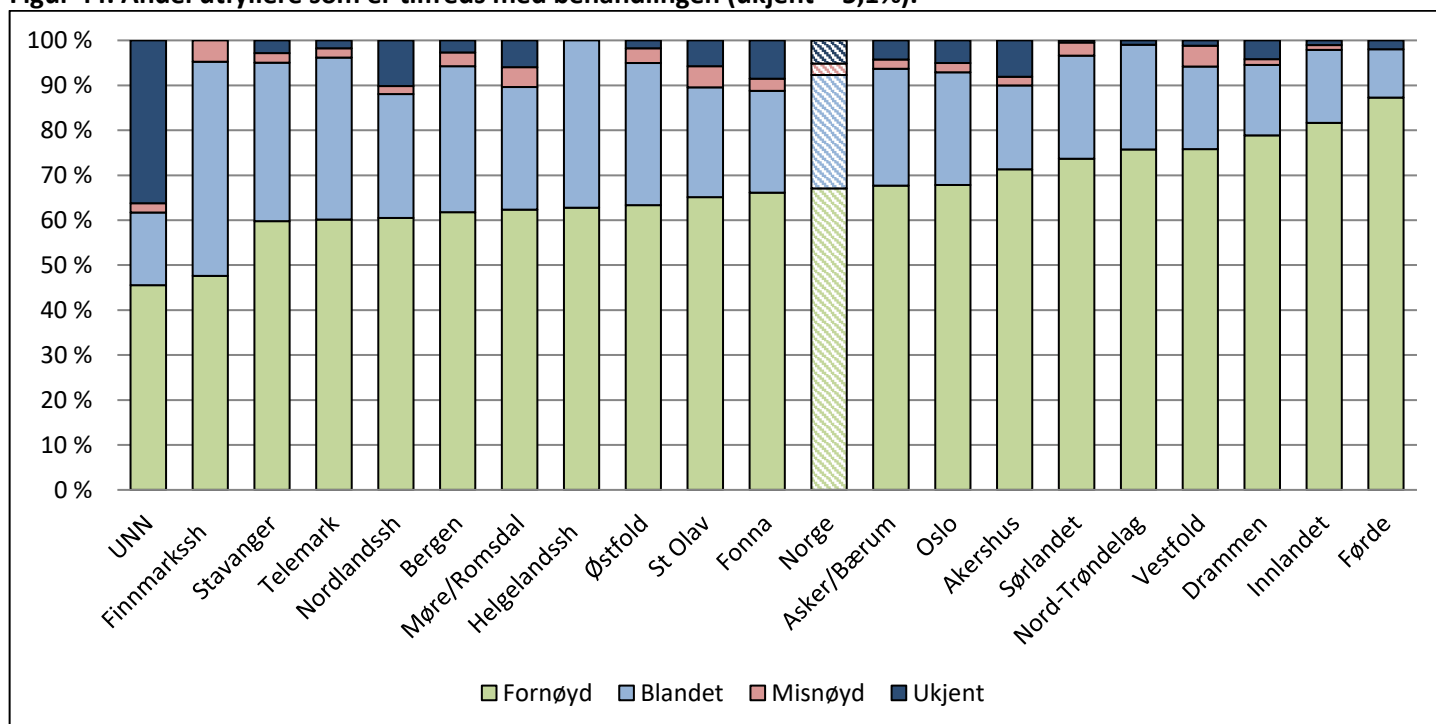
Figur 43. Andel pasienter som vurderes tilfreds med behandlingsopplegget (2013-2023).



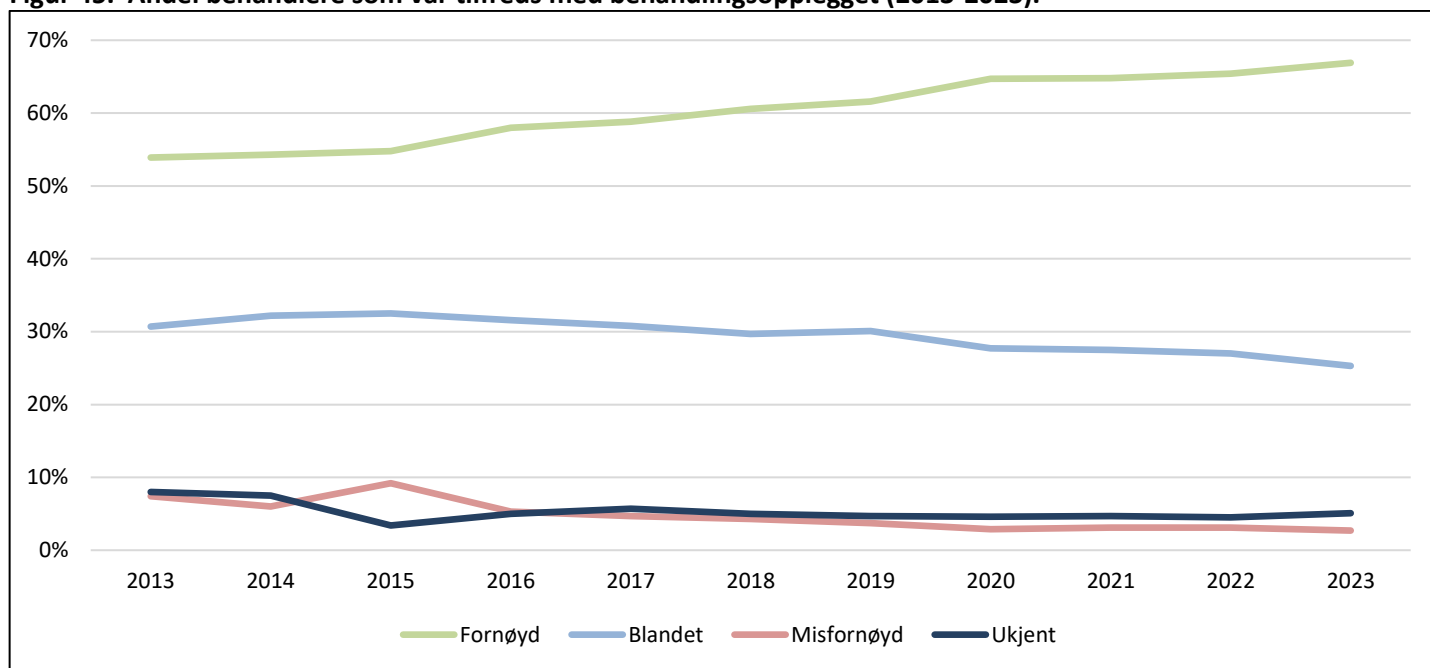
Behandleres tilfredshet med behandlingen

Figur 44 viser i hvilken grad pasientens behandler var tilfreds med behandlingen. I gjennomsnitt var behandlerne tilfreds med behandlingen for 67,0% av pasientene, og delvis tilfreds for 25,4%. I kun 2,6% av tilfellene erklærte behandleren seg misfornøyd med behandlingen. Overordnet sett er andelen med ukjent status lav. På regionalt nivå var behandleres tilfredshet med behandlingen omtrent likt fordelt. LAR-enhetene med høyest behandler tilfredshet var Førde (87,5%) og Innlandet (81,7%). Det var størst andel behandlere med blandet tilfredshet ved Finnmarkssykehuset (47,6%). Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge var andelen med ukjent status når det gjaldt behandler tilfredshet høyest (36,2%).

Figur 44. Andel utfyllere som er tilfreds med behandlingen (ukjent = 5,1%).



Figur 45. Andel behandlere som var tilfreds med behandlingsopplegget (2013-2023).

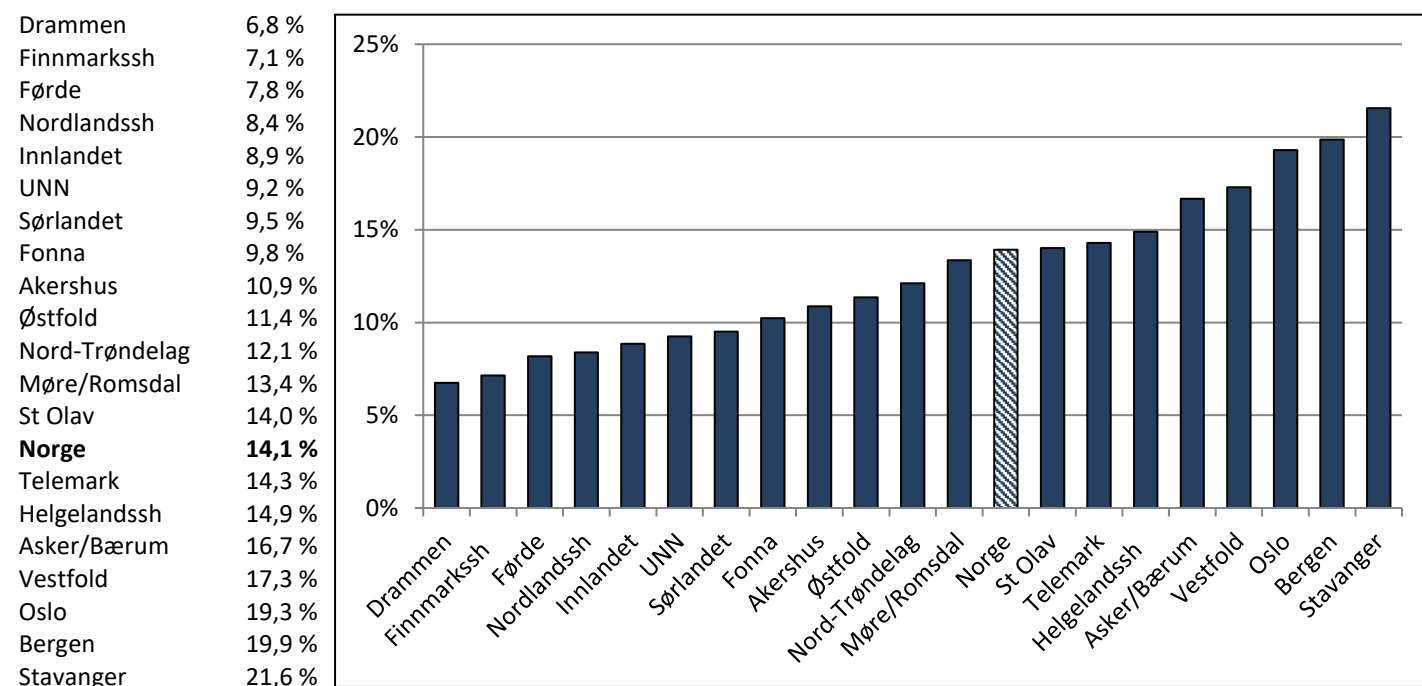


Figur 44 viser en omtrent tilsvarende utvikling på gruppenivå når det gjelder tilfredshet hos behandlere som hos pasienter, med en gradvis økning fra omtrent 55% til rett under 70% fornøydhet over det siste tiåret. Det er imidlertid uvisst om det er sammenhenger mellom den enkelte pasients og behandlers rapportering.

Endringsbehov

Figur 46 viser en oversikt over behandleres vurderinger av hvorvidt det er behov for å revurdere eller tilpasse deler av behandlingsopplegget. I statusundersøkelsen for 2023 rapporterte behandlerne om mulige endringsbehov for 14,1% av pasientene. I region vest var det høyest andel med identifiserte endringsbehov i behandlingen (17,1%). Det var flest som meldte om endringsbehov i Stavanger (21,6%), Bergen (19,9%) og Oslo (19,3%), og færrest i Drammen (6,8%) og ved Finnmarkssykehuset (7,1%).

Figur 46. Andel utfyllere som vurderer at det er behov for behandlingsendringer (ukjent = 6,2%).



Vurderinger av pasient- og behandlertilfredshet

Spørsmålet om pasient- og behandlertilfredshet gir et overordnet og enkelt estimat som kan benyttes som tilbakemelding på enhetsnivå. Spørsmålet er ikke ment som noen objektiv vurdering av kvaliteten på behandlingen, og skiller ikke mellom ulike deler av behandlingen. Med unntak av pasientvurderingene er de resterende vurderingene gjort av behandlerne selv, slik at mange derfor inviteres til å vurdere egen innsats i behandlingsforløpene.

Hovedinntrykket er at det er begrenset forskjell mellom de ulike LAR-enhetene når det gjelder pasienttilfredshet. De forskjellene som finnes, stammer primært fra vektingen mellom tilfreds og blandet tilfredshet, og fra andelen det mangler svar for. De ulike svaralternativene bør derfor forstås i sammenheng med hverandre. Kanskje bør særlig andelen pasienter som oppgir misnøye fortolkes i sammenheng med andelen med ukjent status. Høy andel med ukjent status kan ha sammenheng med organiseringen av behandlingstilbudet ved den aktuelle LAR-enheten, og det kan antas at en del av pasientene som har ukjent status i realiteten trolig ikke er fornøyd med behandlingen. Også informasjon om misfornøydhet kan være viktig for enhetene å ha kjennskap til. Innrapportert misfornøydhet representerer ikke nødvendigvis bare opplevde utfordringer, men også at pasienten opplever det mulig å gi uttrykk for sin misnøye eller opplevde svakheter i behandlingen til sin behandler. Videre er det interessant å se en gradvis forsiktig positiv utvikling både i pasientenes og behandlernes behandlingstilfredshet.

Det er nokså store forskjeller mellom LAR-enhetene når det gjelder behov for behandlingsendringer. Samlet sett ser behandlerne behov for endring i behandlingen til 1-2 av 10 pasienter. Samtidig kartlegger ikke dette spørsmålet hvordan behandlingen ønskes endret, for eksempel hvorvidt dette gjelder medisinske, tilpasninger i henteordning, eller andre elementer knyttet til den medikamentelle eller psykososiale oppfølgingen. Oppsummert så skal spørsmålene bidra til at det gjøres en bevisst status for hver enkelt pasient minst en gang i året, og at denne kan følges opp med en evaluering av veien videre for den enkelte pasient.

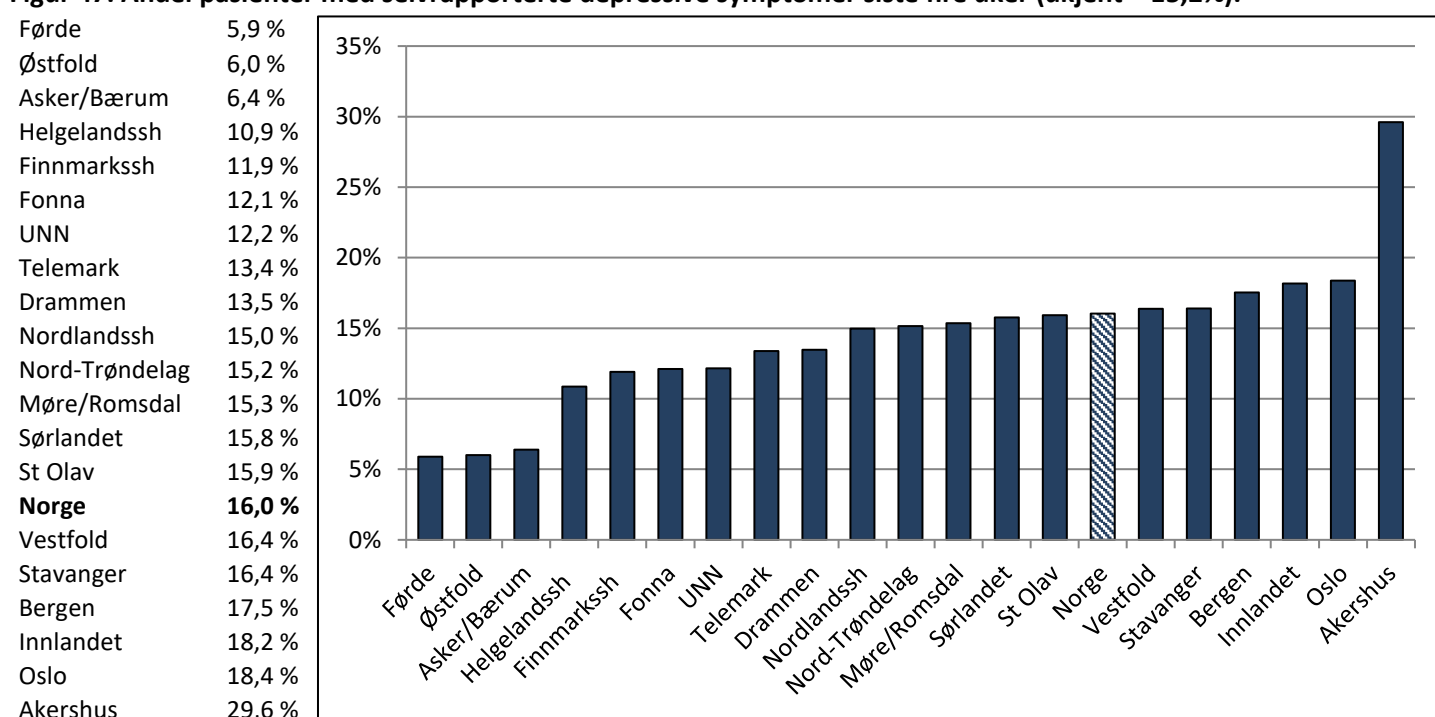
PSYKISK HELSE

Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål som omhandler psykisk helsetilstand de siste fire ukene. Spørsmålene om psykisk helsetilstand gjelder hvorvidt pasienter har opplevd alvorlige depressive symptomer, angstsymptomer, og vrangforestillinger.

Depressive symptomer

Samlet sett oppga 16,0% at de hadde opplevd depressive symptomer (nedstemthet, manglende energi til gjennomføring av daglige gjøremål og aktiviteter, og redusert interesse) siste fire uker, mot 15,3% i 2022 (Figur 47). Videre hadde 60,9% ikke depressive symptomer, mens 15,2% hadde ukjent status når det gjaldt depressive symptomer. På regionalt nivå var ytterpunktene Nord, med lavest rapportert andel med depressive symptomer (12,9%), og Øst, med høyest rapportert andel (18,5%). De fleste LAR-enhetene tenderte rundt det nasjonale gjennomsnittet, men Østfold (6,0%), Førde (5,9%) og Asker og Bærum (6,4%) skilte seg ut med en lavere andel med depressive symptomer, og Akershus universitetssykehus med en vesentlig høyere andel (29,6%).

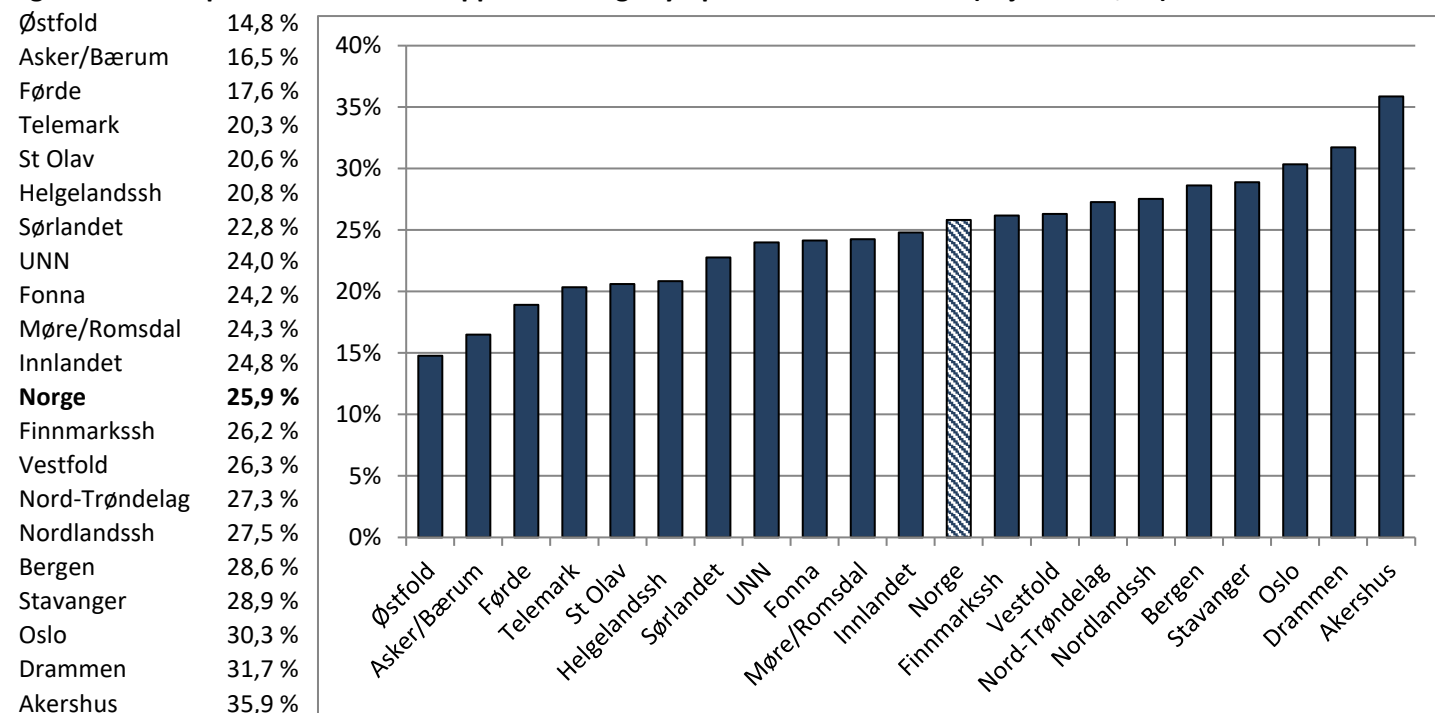
Figur 47. Andel pasienter med selvrapporterte depressive symptomer siste fire uker (ukjent = 15,2%).



Angstsymptomer

Samlet sett oppga 25,9% å ha hatt angstsymptomer (vedvarende nervøsitet, alvorlige bekymringer, eller hyppige panikkanfall som reduserer funksjonsnivået) siste fire uker (Figur 48), omtrent som i 2022 (26,0%). 59,6% hadde imidlertid ikke hatt angstsymptomer, og andelen ukjent var på 14,6%. Det var nokså små forskjeller mellom regionene når det gjaldt selvrapporterte angstsymptomer, med lavest andel i Midt (22,7%), og høyest i Øst (27,5%). Det var imidlertid noe variasjon mellom enhetene, med lavest forekomst rapportert fra Østfold (14,8%), og høyest fra Akershus universitetssykehus (35,9%).

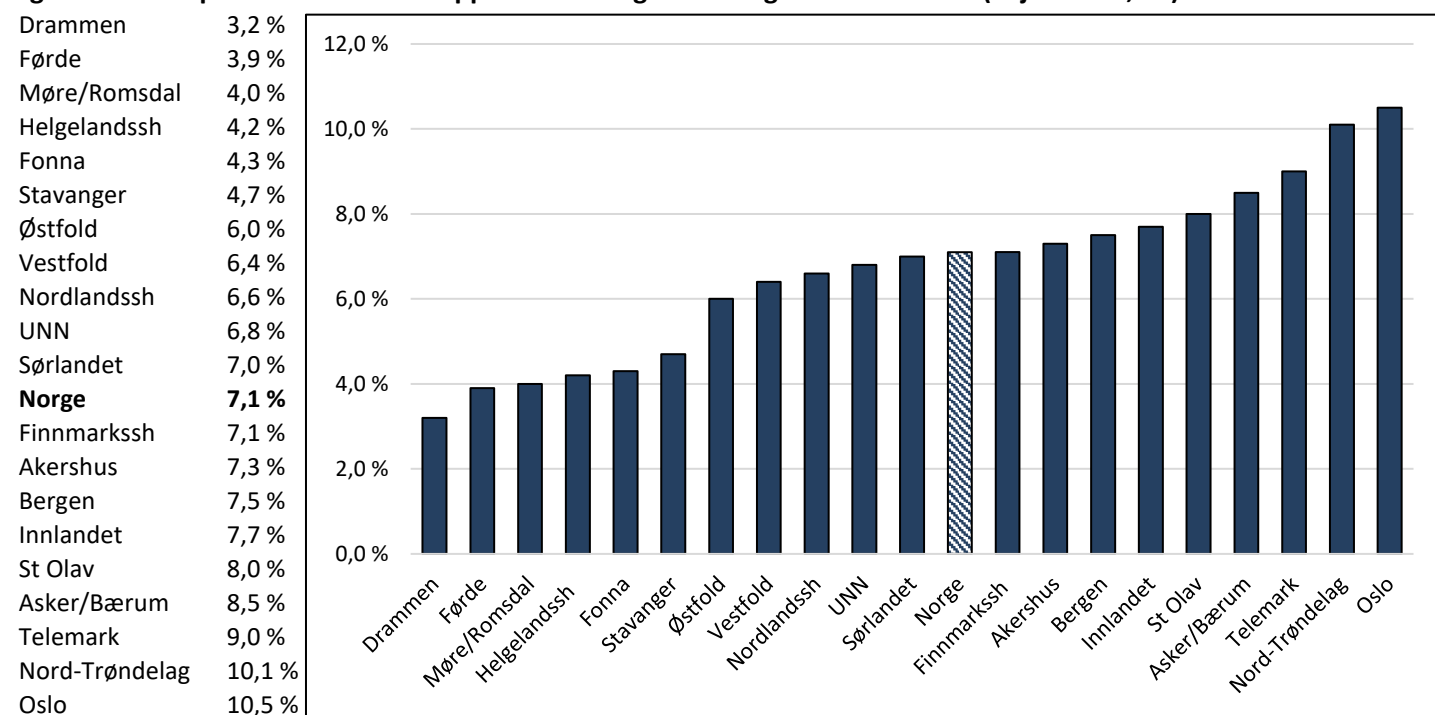
Figur 48. Andel pasienter med selvrapporterte angstsymptomer siste fire uker (ukjent = 16,7%).



Vrangforestillinger

Totalt sett rapporterte 7,1% om opplevde vrangforestillinger (uvanlige sanseinntrykk som ikke kunne oppfattes av andre, og oppfatninger som ikke samsvarer med virkeligheten) siste fire uker, mot 6,9% i 2022 (Figur 49). 78,4% oppga at de ikke hadde opplevd vrangforestillinger siste fire uker, og 13,4% hadde ukjent status. Andelen med opplevde vrangforestillinger var lavest i Vest (5,9%), og høyest i Øst (8,3%). Andelen med selvrapporterte vrangforestillinger var lavest i Drammen (3,2%) og høyest i Oslo (10,5%) og Nord-Trøndelag (10,1%).

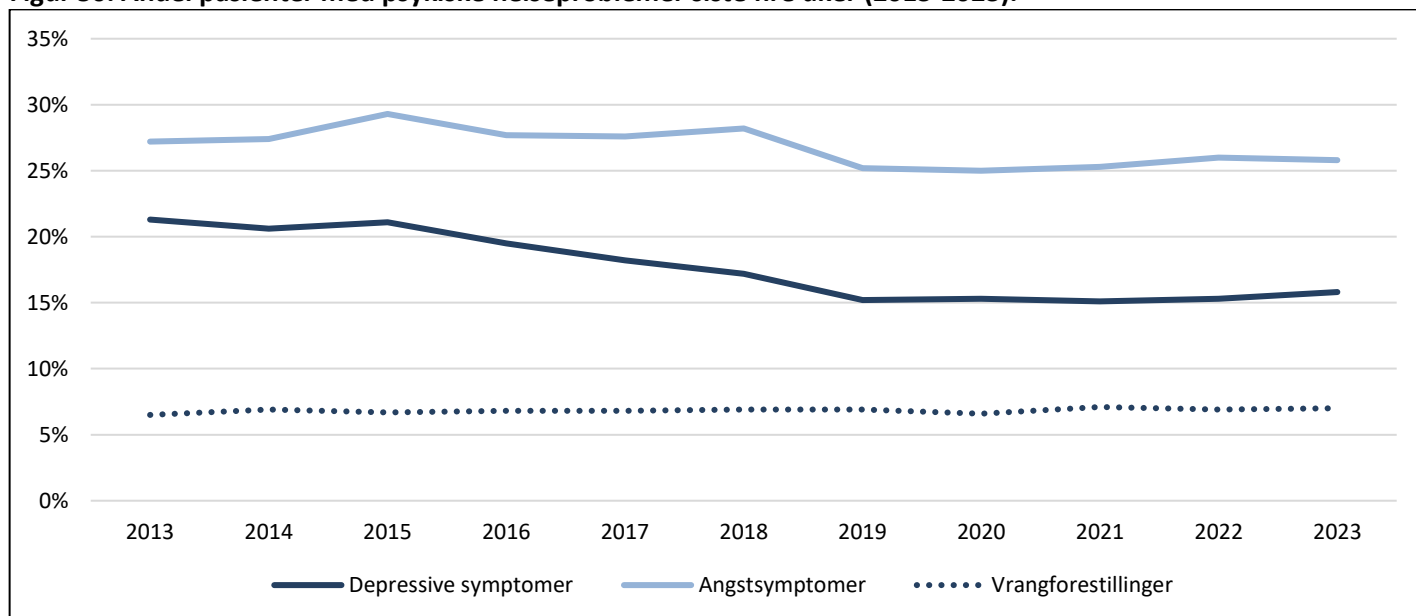
Figur 49. Andel pasienter med selvrapporterte vrangforestillinger siste fire uker (ukjent = 14,6%).



Psykiske helseproblemer

Figur 50 gir en oversikt over utviklingen i andelen blant LAR-pasienter som har rapportert om med psykiske helseproblemer gjennom det siste tiåret. Overordnet så ser det ut til å ha vært en reduksjon i andelen med depressive symptomer og i andelen med angstsymptomer de siste fem årene. Forekomsten av symptomene på angst og depresjon er noe høyere enn i den øvrige befolkningen, og forekomsten av vrangforestillinger er tydelig høyere enn i øvrig befolkning.

Figur 50. Andel pasienter med psykiske helseproblemer siste fire uker (2013-2023).



Vurderinger av psykisk helsetilstand

Spørsmålene vedrørende psykiske helseproblemer belyser ikke grad av opplevd symptombyrde, ulike former for symptomer, eller hvorvidt plagene er diagnostiserbare. Spørsmålene kan gi et bilde av pasientenes opplevelse av egen helsesituasjon, uten at det kan trekkes tydelige slutninger om forekomst av psykiske lidelser og eventuelt behandlingsbehov på bakgrunn av dette.

Når det gjelder psykiske helseproblemer viser statusundersøkelsen at angstsymptomer blir hyppigst rapportert om, etterfulgt av depressive symptomer, og, for et mindretall, vrangforestillinger. Vi vet ikke hvor ofte den enkelte pasient opplever flere av disse symptomene, men samlet sett ser vi at det er en vesentlig andel pasienter i LAR som opplever noen grad av psykiske helseproblemer. Sett i sammenheng med funnene vedrørende psykososial behandling, så ser vi at få er i behandling for psykiske helseproblemer. En del mottar dermed trolig ikke adekvat helsehjelp for sine psykiske helseproblemer, samtidig som mange får annen psykososial oppfølging særlig gjennom ansvarsgrupper og behandlingsplan, samt kommunale tjenester.

Det rapporteres noe ulikt mellom enhetene med tanke på sykdomsbyrde for psykiske symptomer, men også noe ulik andel som mottar behandling for dette. Forklaringen kan ligge i ulik regional problembyrde, med økt symptomtrykk i urbane områder, men også ulik klinisk praksis. Forskjeller i klinisk praksis, der noen aktivt utreder og henviser, mens andre gjør det i mindre grad, kan være et område der de med lavest behandlingsgrad gjennomgår egen praksis og vurderer om de kan og bør utrede eller henvise flere. Enheter i TSB skal kunne utføre kartlegging og utredning av psykiske lidelser og kognitiv fungering.⁹ Når det gjelder særlig utsatte pasientgrupper har det i en del helseforetak og kommuner blitt opprettet oppsøkende behandlingstilbud for pasienter med samtidige rus- og psykisk lidelser som trenger tettere oppfølging.

⁹ Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb>

FYSISK HELSE OG BEHANDLING

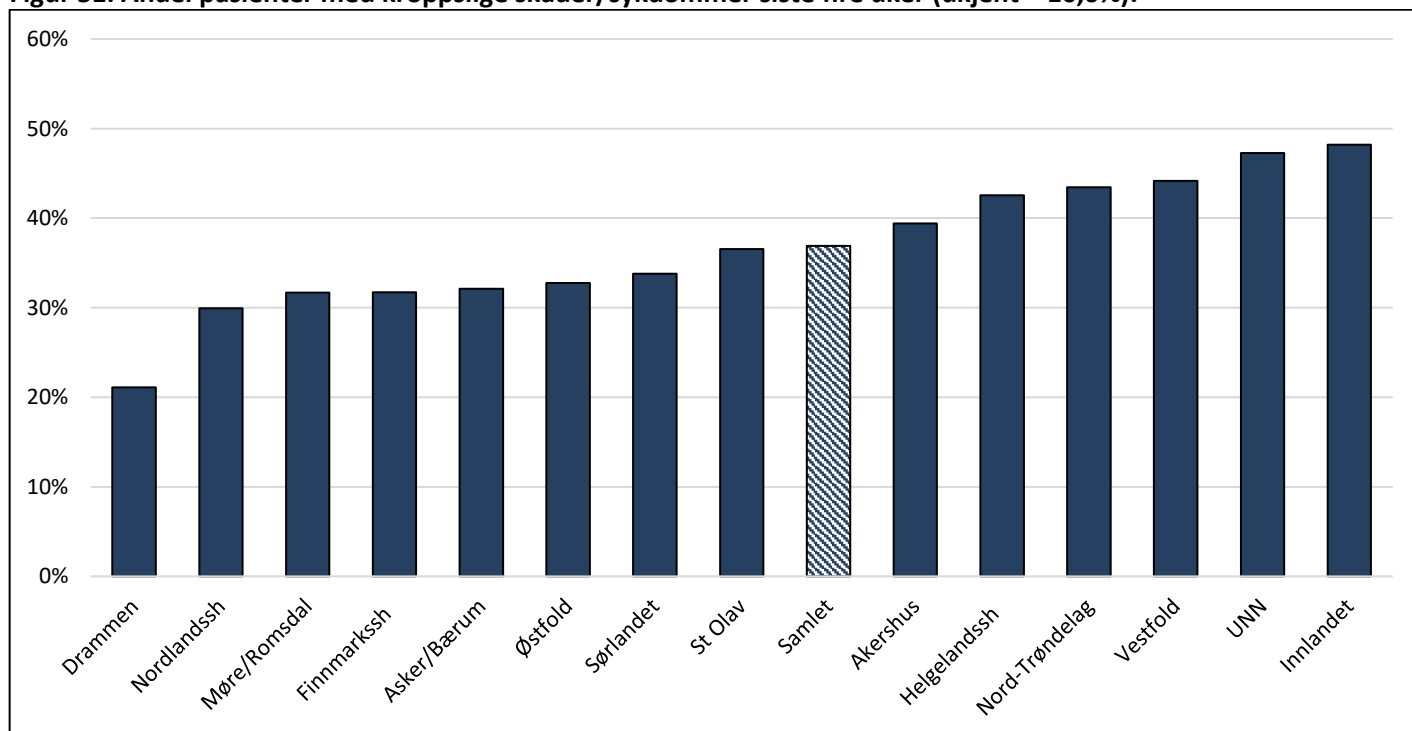
I statusundersøkelsen blir pasientene spurt om fysisk helse siste fire uker, samt fysisk helse siste år. Spørsmålet om fysisk helsetilstand siste fire uker gjelder hvorvidt man har vært plaget av fysiske skader eller sykdommer i en slik grad at dette har redusert livsførsel eller livskvalitet. For de av helseforetakene som benytter journalsystemet DIPS Arena inkluderte statusundersøkelsen noen nye spørsmål om legeundersøkelse siste år, fysiske helseplager/sykdommer siste år, forekomst av kroniske smerter og behandling for dette, samt forekomst av ulike sykdommer, og mottatt behandling for disse siste år. Denne delen bygger på svar fra 2877 pasienter i disse LAR-enhetene. I tillegg kommer en beskrivelse av blodsmittestatus for hiv og hepatitt C basert på svar fra alle enheter.

Pasientforløpet «Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» peker ut viktige kartleggingsområder og områder for oppfølging av somatisk helse.¹⁰ Noen særlig relevante tematikker som fremheves er røyking, ernæring, fysisk aktivitet, søvn, somatiske komplikasjoner knyttet til rusbruk, og tannhelse. Fastlegene har en sentral rolle i trepartssamarbeidet i LAR, og har en særlig viktig rolle når det gjelder å fange opp og behandle somatisk sykdom. LAR-enhetene bør også bidra til å legge til rette for systematiske legeundersøkelser og relevant oppfølging.

Fysisk helse siste fire uker

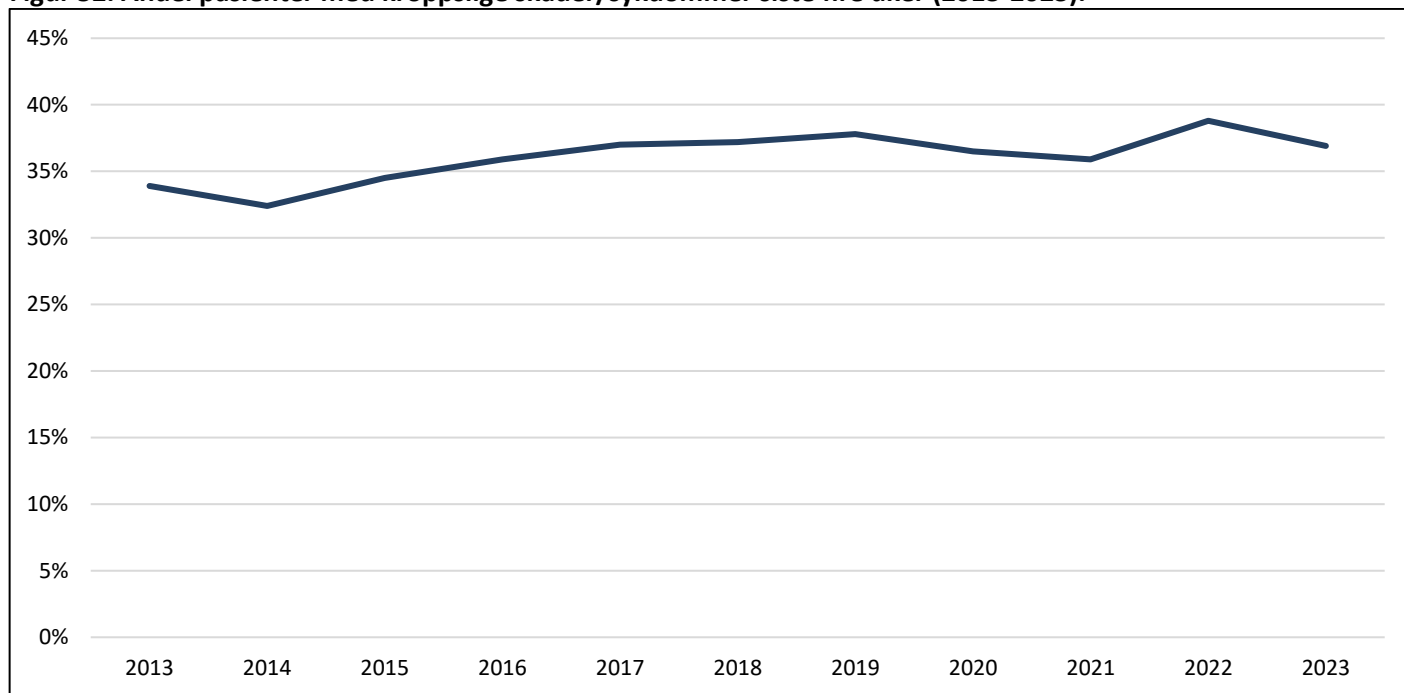
Andelen pasienter med kroppslige skader eller sykdommer som har hatt negativ påvirkning på livsførsel eller livskvalitet siste fire uker var 36,9% i 2023, mot 38,8% i 2022 (Figur 51). De fleste LAR-enhetene har en andel på 35-40% som har rapportert om kroppslige skader eller sykdommer, men Drammen skiller seg ut med den laveste andelen (21,1%), og Innlandet (48,2%) og UNN (47,3%) skiller seg ut med den høyeste andelen pasienter med fysiske plager. Det samlede gjennomsnittet for spørsmålet om kroppslige skader eller sykdommer siste fire uker gjelder ikke for LAR-enheter som benytter DIPS Arena, da disse har besvart spørsmål om skader eller sykdommer siste år. Over tid så har det vært en svak økning i rapporterte fysiske plager, trolig knyttet til økende gjennomsnittsalder. Samtidig har andelen vært nokså stabil de siste årene (Figur 52).

Figur 51. Andel pasienter med kroppslige skader/sykdommer siste fire uker (ukjent = 10,0%).



¹⁰ Helsedirektoratet (2018). Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>

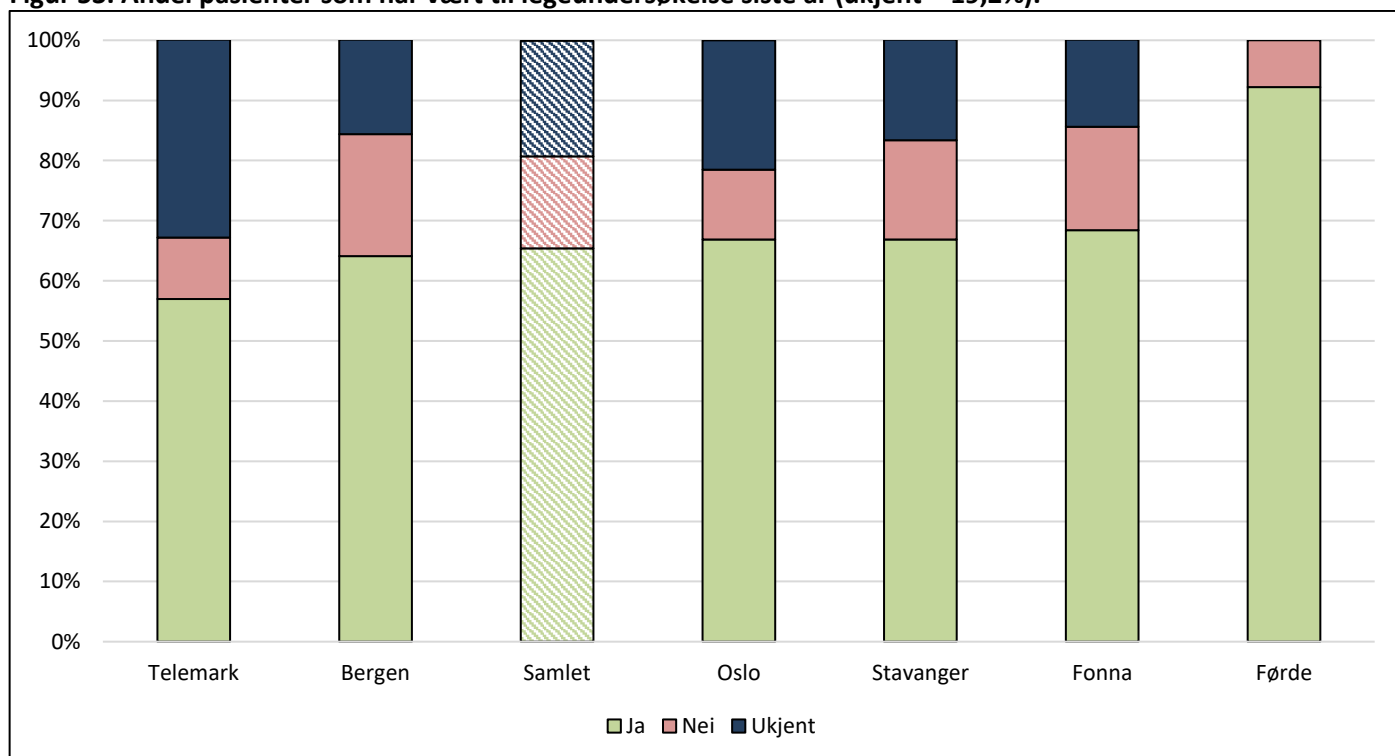
Figur 52. Andel pasienter med kroppslige skader/sykdommer siste fire uker (2013-2023).



Legeundersøkelse

Som vist i figur 53 svarte 68,6% at de hadde vært til legeundersøkelse siste år, mot 63,8% året før. Videre hadde 15,5% ikke vært til legeundersøkelse, og 18,7% hadde ukjent status. Andelen med gjennomført legeundersøkelse var høyest i Førde (85,1%). De resterende enhetene lå mellom 57-67%.

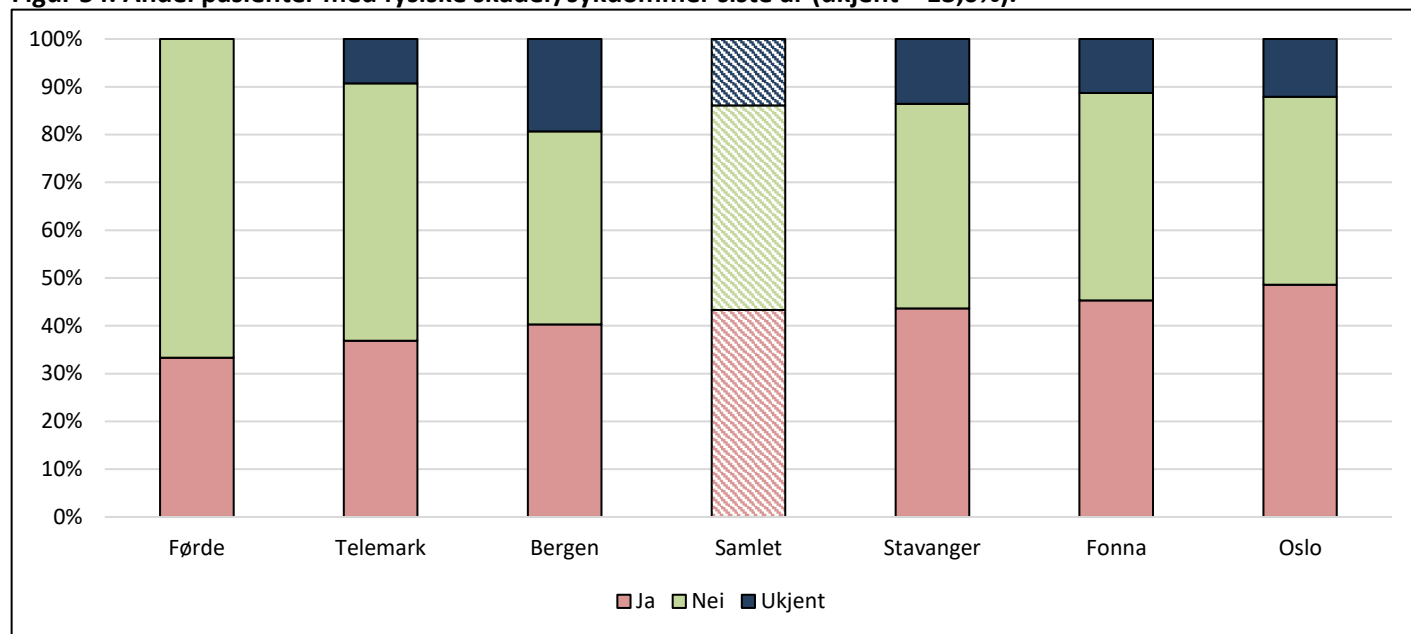
Figur 53. Andel pasienter som har vært til legeundersøkelse siste år (ukjent = 19,2%).



Fysiske skader og sykdommer

Vedrørende forekomst av fysiske skader eller sykdommer som har påvirket livsførsel eller livskvalitet det siste året, svarte 43,3% at de hadde hatt skader, og 42,8% avkreftet dette (Figur 54). Til sammenligning har vi tidligere i kapittelet vist at blant enhetene som benytter opprinnelig format rapporterte 36,9% om fysiske skader eller sykdommer siste fire uker. Andelen siste år varierte fra 33-49% på tvers.

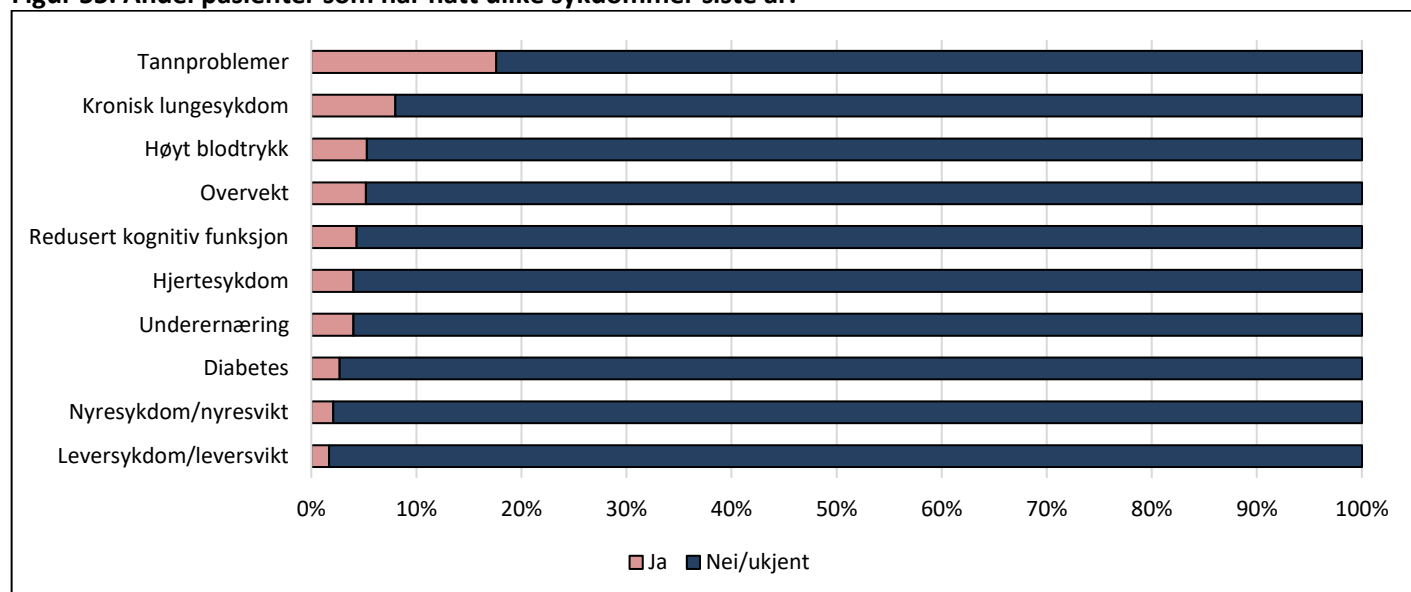
Figur 54. Andel pasienter med fysiske skader/sykdommer siste år (ukjent = 13,0%).



Forekomst av ulike sykdommer

Figur 55 viser en oversikt over forekomst av ulike sykdommer foregående året. Av de ulike kartlagte sykdommene var det klart høyest forekomst av tannproblemer (17,6%), kronisk lungesykdom (8,0%), høyt blodtrykk (5,3%) og overvekt (5,2%). For de resterende sykdommene var andelen mellom 1-5%.

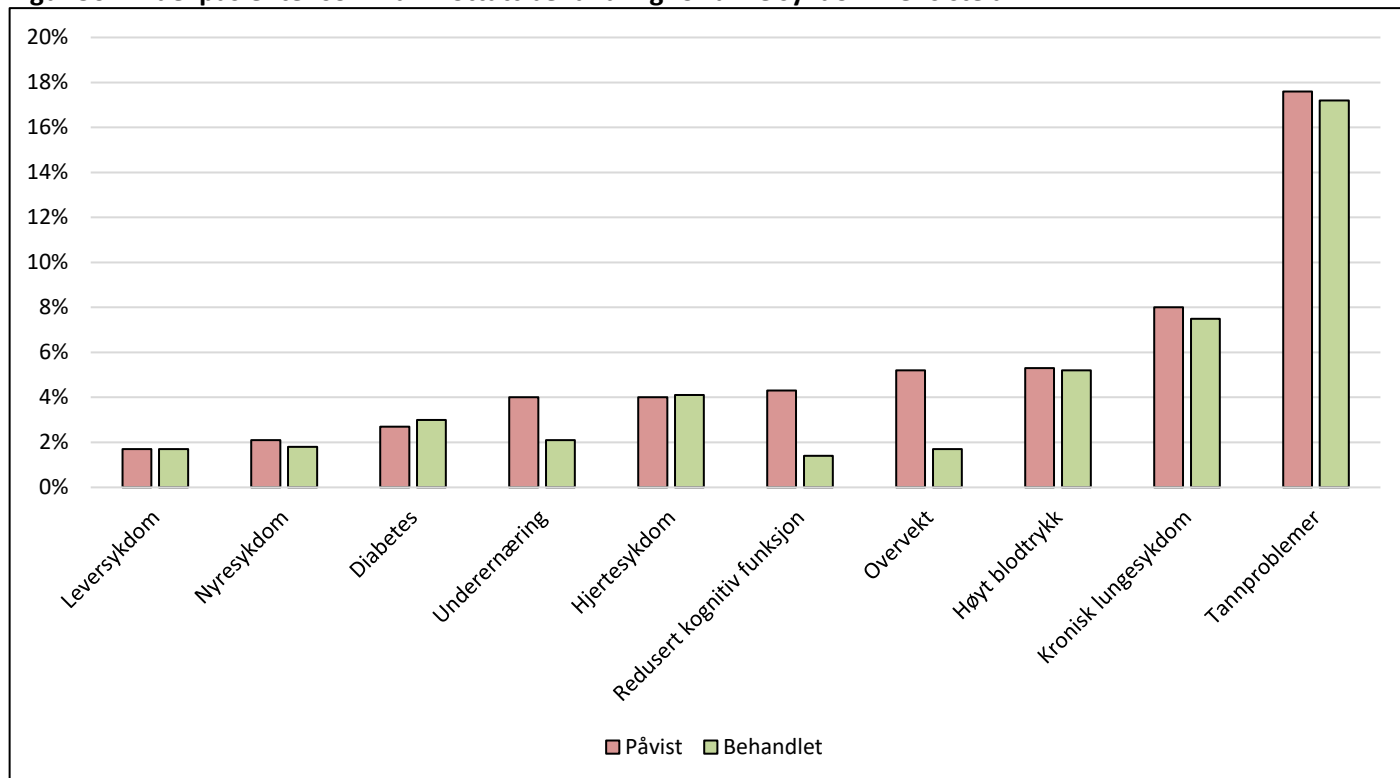
Figur 55. Andel pasienter som har hatt ulike sykdommer siste år.



Behandling av ulike sykdommer

I figur 56 oppsummeres gjennomført behandling for ulike sykdommer siste år blant pasientene i utvalget. Som vist i figuren var det stor grad av samsvar mellom ulike påviste sykdommer eller tilstander, og kartlegging, utredning og behandling for disse tilstandene. Unntakene finner vi for overvekt, redusert kognitiv funksjon og underernæring. Det var klart større andel som hadde fått påvist redusert kognitiv funksjon enn andelen som hadde fått gjennomført utredning og relevante behandlingstiltak for dette. Videre var det en klart større andel som hadde fått påvist overvekt eller underernæring som hadde fått behandling for dette.

Figur 56. Andel pasienter som har mottatt behandling for ulike sykdommer siste år.

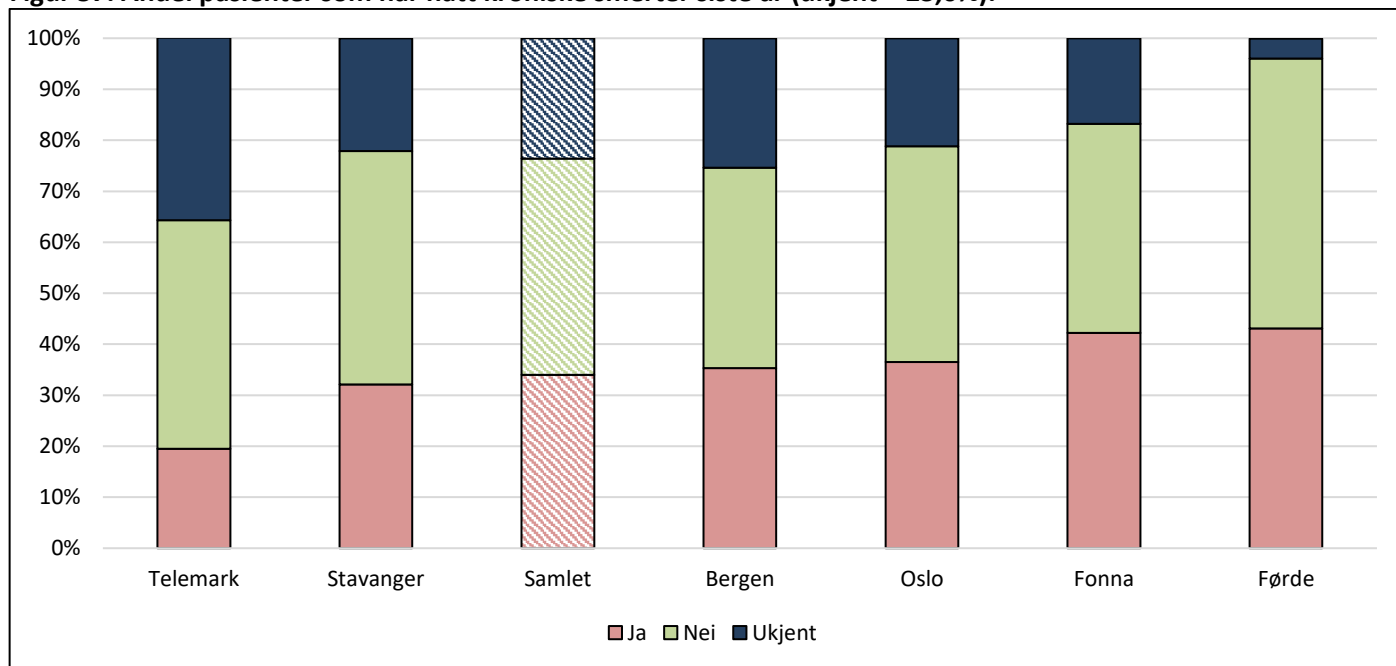


Kroniske smerter og behandling

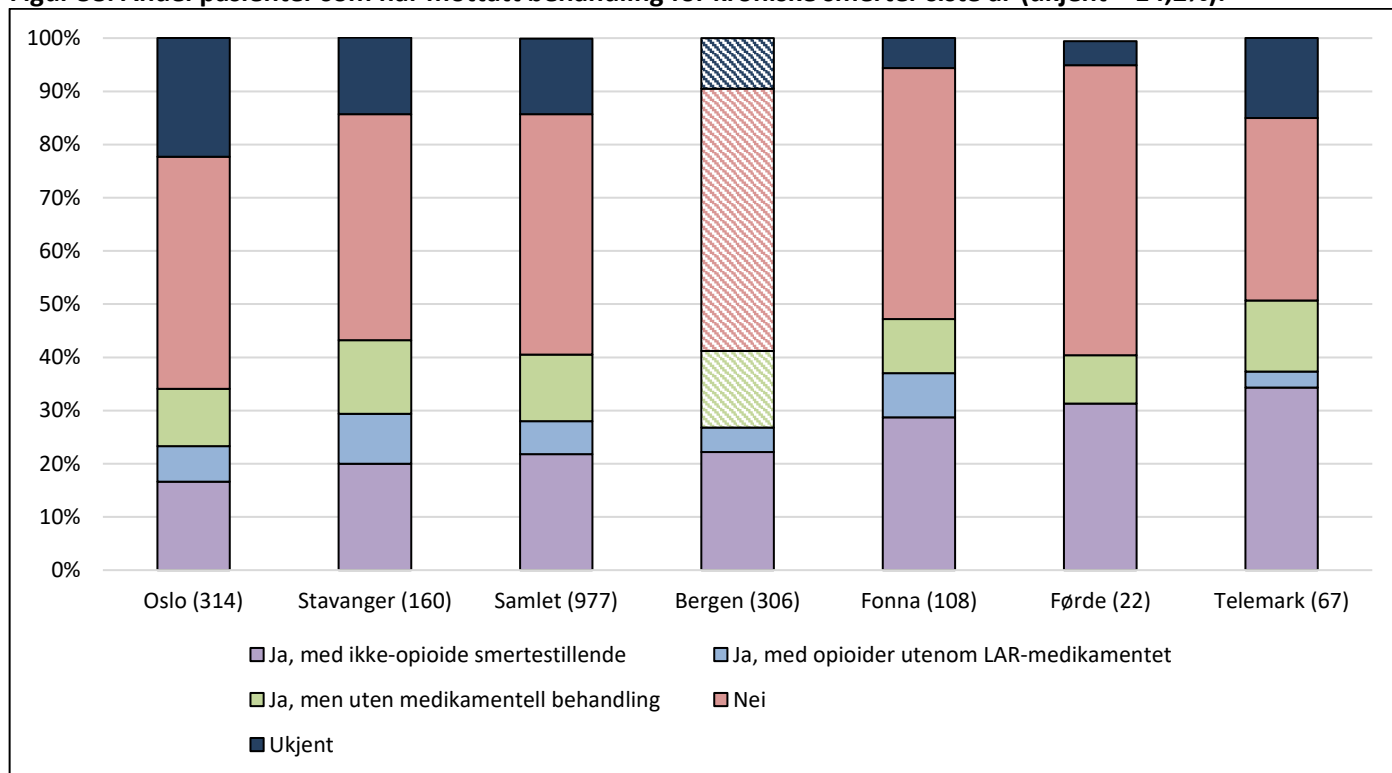
I tillegg til spørsmålene om spesifikke somatiske sykdommer og behandling av disse, ble det også inkludert spørsmål om kroniske smerter (Figur 57). Kroniske smerter ble her definert som vedvarende smerter med over tre måneders varighet. Overordnet sett, svarte 34,0% at de hadde hatt kroniske smerter siste år (mot 33,4% i 2022). Samlet sett var andelen som ikke hadde hatt kroniske smerter på 42,4%, og ukjent status 23,6%. LAR-enhetene var nokså like i rapporteringen av kroniske smerter, men Telemark skilte seg ut med lavest andel pasienter med rapporterte kroniske smerter (19,5%). Til sammenligning rapporteres det ofte at omtrent en tredjedel av den generelle befolkningen oppgir å ha kroniske smerter.

Av de 33,4% som svarte bekreftende på opplevde kroniske smerter (977 personer), så hadde 21,8% av disse fått medikamentell behandling med ikke-opioide smertestillende, 6,2% med opioider utenom sitt LAR-medikament, og 12,5% med ikke-medikamentell behandling. Nær halvparten av de som oppga kroniske smerter, 45,2%, oppga å ikke ha fått behandling for dette. Ukjentandelen var på 14,2%. Figur 58 viser fordelingen for behandling av kroniske smerter samlet og fordelt på LAR-enhet. Fordelingen er omtrent tilsvarende som i 2022.

Figur 57. Andel pasienter som har hatt kroniske smerter siste år (ukjent = 23,0%).



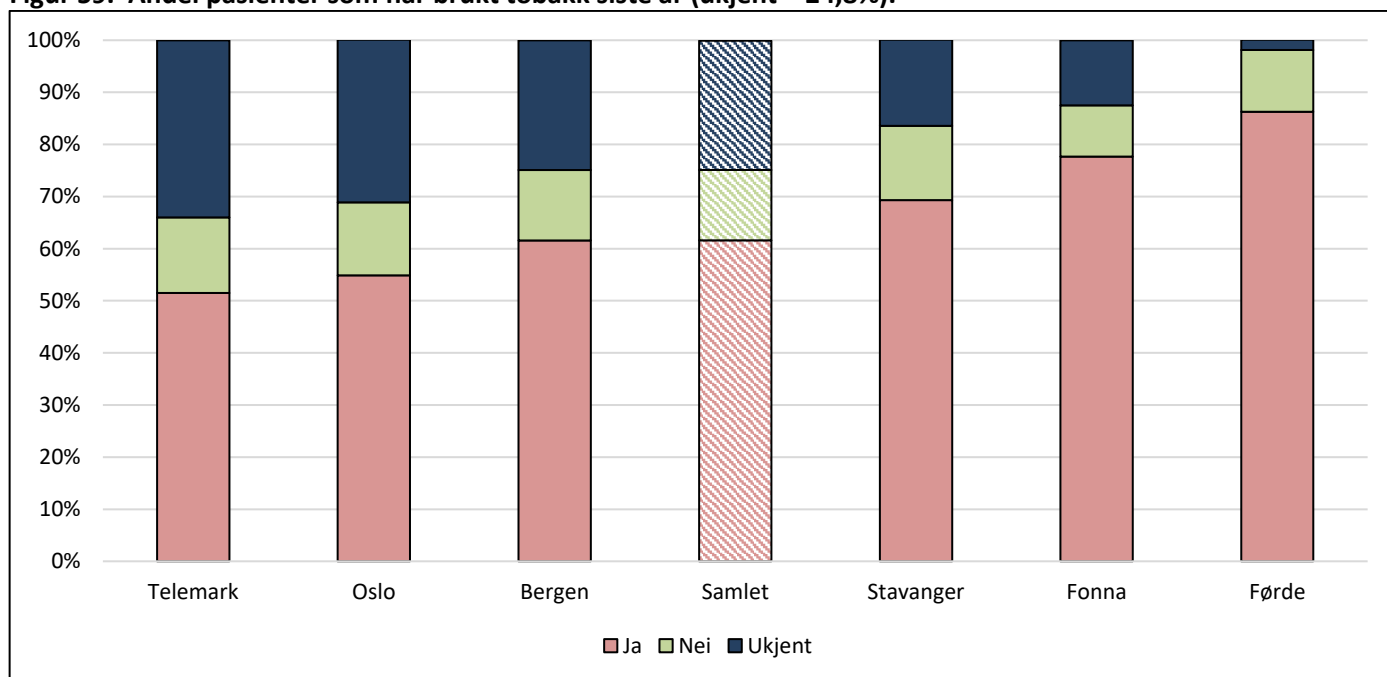
Figur 58. Andel pasienter som har mottatt behandling for kroniske smerter siste år (ukjent = 14,2%).



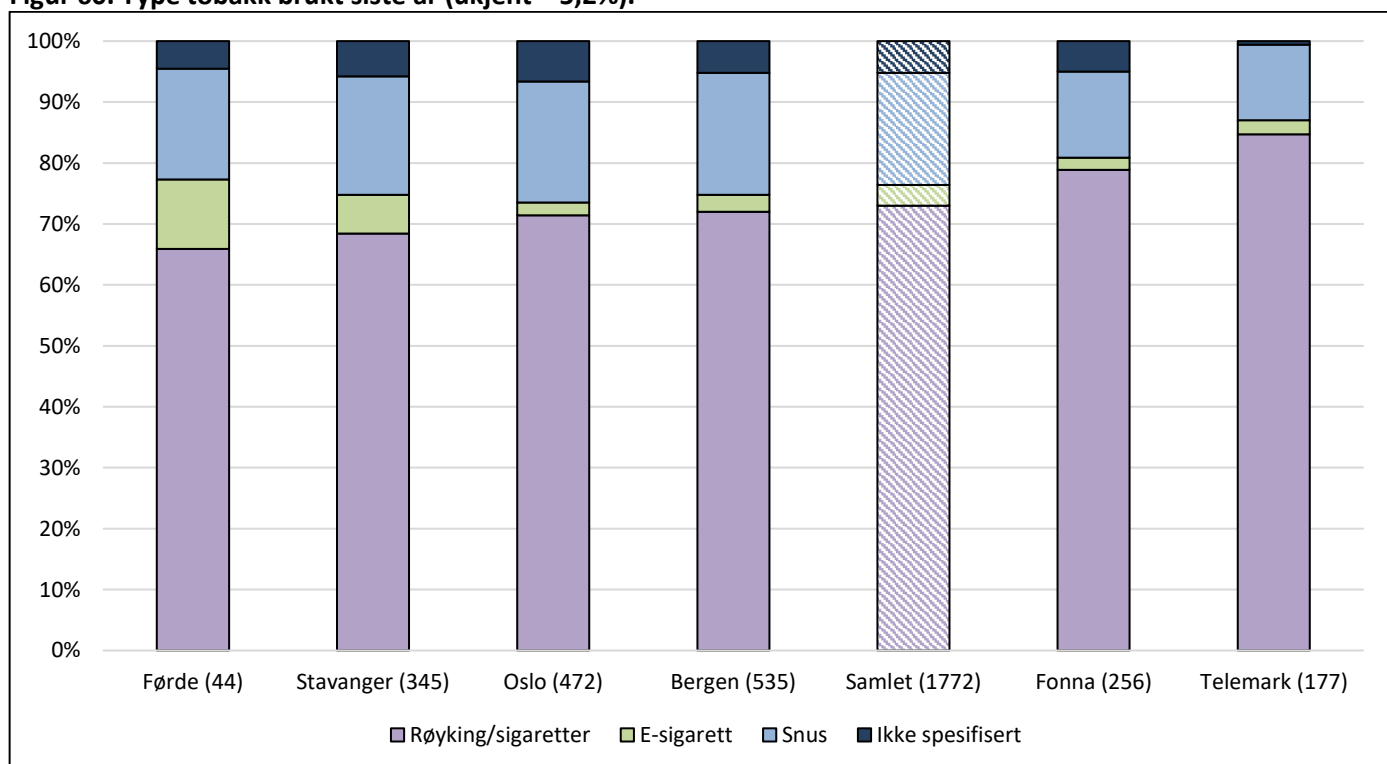
Bruk av tobakk

Vedrørende bruk av tobakk siste år (Figur 59), svarte 61,4% bekreftende, og 13,5% avkreftende. Det manglet opplysninger for 24,8% av pasientene, og andelen som hadde brukt tobakk siste år var dermed trolig høyere. For de som hadde brukt tobakk (Figur 59), var det 73,0% som oppga bruk av sigaretter, og 18,4% som oppga bruk av snus. En liten andel hadde brukt e-sigaretter (3,4%).

Figur 59. Andel pasienter som har brukt tobakk siste år (ukjent = 24,8%).



Figur 60. Type tobakk brukt siste år (ukjent = 5,2%).

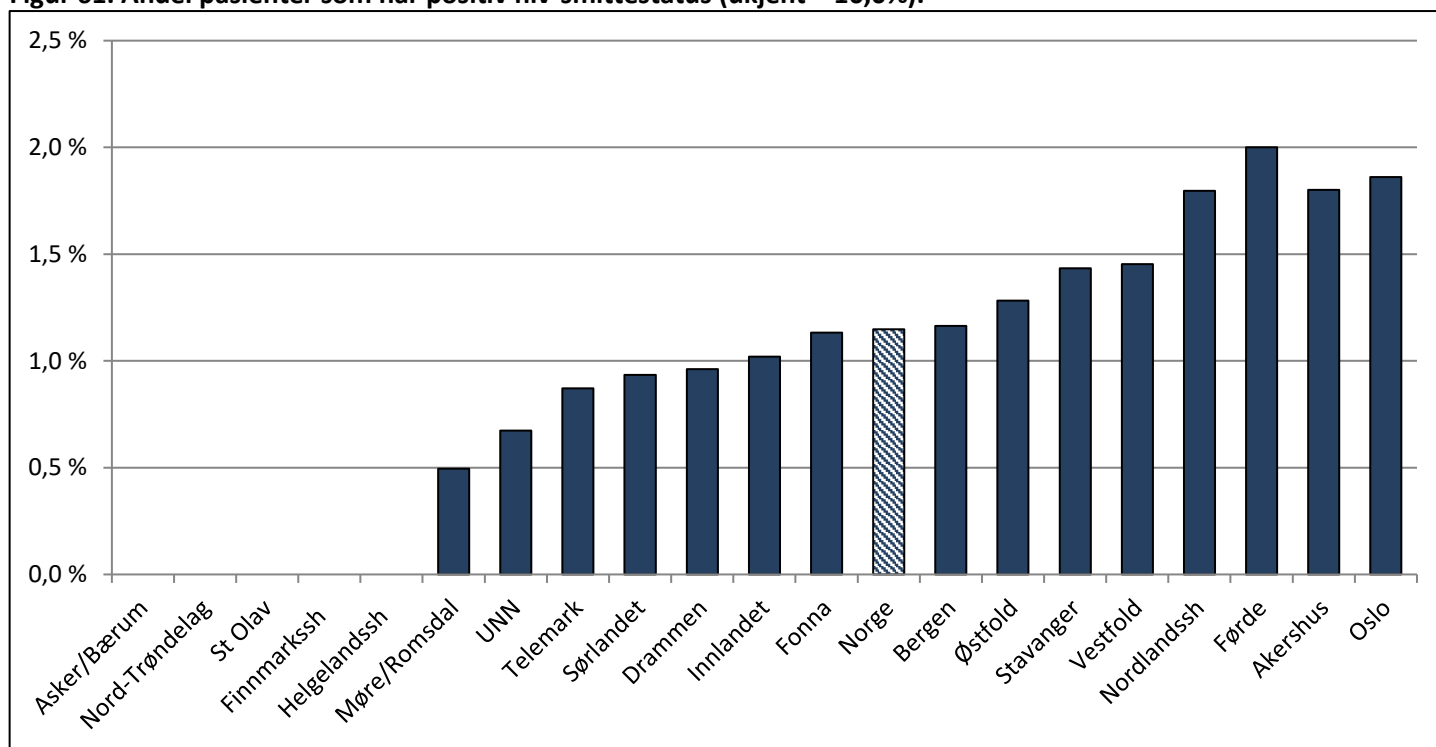


Humant immunsviktvirus (HIV)

I den generelle befolkningen i Norge registreres det hvert år mellom 200 og 250 nye tilfeller av hiv¹¹. Tablettbehandling (antiretrovirale medikamenter) har vært tilgjengelig siden 1997, og har vist seg svært effektiv ved å redusere både smitterisiko og alvorlige følgetilstander. Forutsatt at pasienten kan etterleve daglig medikamentinntak livet ut, forhindrer moderne hiv-behandling immunsvikt og påfølgende aidsrelaterte dødsfall i svært stor grad.

Blant LAR-pasienter har andelen hiv-smittede vært stabilt lav gjennom flere år. I 2023 var andelen med hiv-positiv status 1,1% (Figur 61), mot 1,3% i 2022 og 1,0% i 2021. Andelen med kjent negativ status var 88,9%, mens ukjentandelen var på 10,0%, noe som er uønsket høyt. Det var ingen påvist hiv-smitte blant pasienter i Asker og Bærum, Nord-Trøndelag, St. Olavs hopsital, Finnmarkssykehuset eller Helgelandssykehuset. Andelen med positiv hiv-status var høyest i Oslo (1,9%) og Akershus, Førde (2,0%) og Nordlandssykehuset (alle 1,8%). Ukjentandelen var høyest i Møre og Romsdal (17,8%), Bergen (17,7%), og ved Helgelandssykehuset (17,6%), noe som antyder markant variasjon i grad av oversikt over smittestatus mellom LAR-enheter. Nasjonalt fortsatte andelen med ukjent status å være uønsket høy (8,0%). Siden LAR-pasienter er i risikogruppen for hiv-smitte og mottar spesialistbehandling over tid, bør det være et mål å tilby jevnlig testing og behandling til alle pasienter som ønsker det, uavhengig av hvor man mottar LAR-behandling. Samlet sett viser imidlertid statusundersøkelsen at det er lav grad av utbredelse av kjent hiv-smitte i LAR-populasjonen, med et gjennomsnittsnivå som er svært lavt i internasjonal sammenheng.

Figur 61. Andel pasienter som har positiv hiv-smittestatus (ukjent = 10,0%).



¹¹ Folkehelseinstituttet (2023). Årsrapport 2022. Overvåking av seksuelt overførbare infeksjoner. Rapport 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/contentassets/3e70076e6e704b27843e26cc33c4214e/soi_arsrapport_2022_endelig.pdf

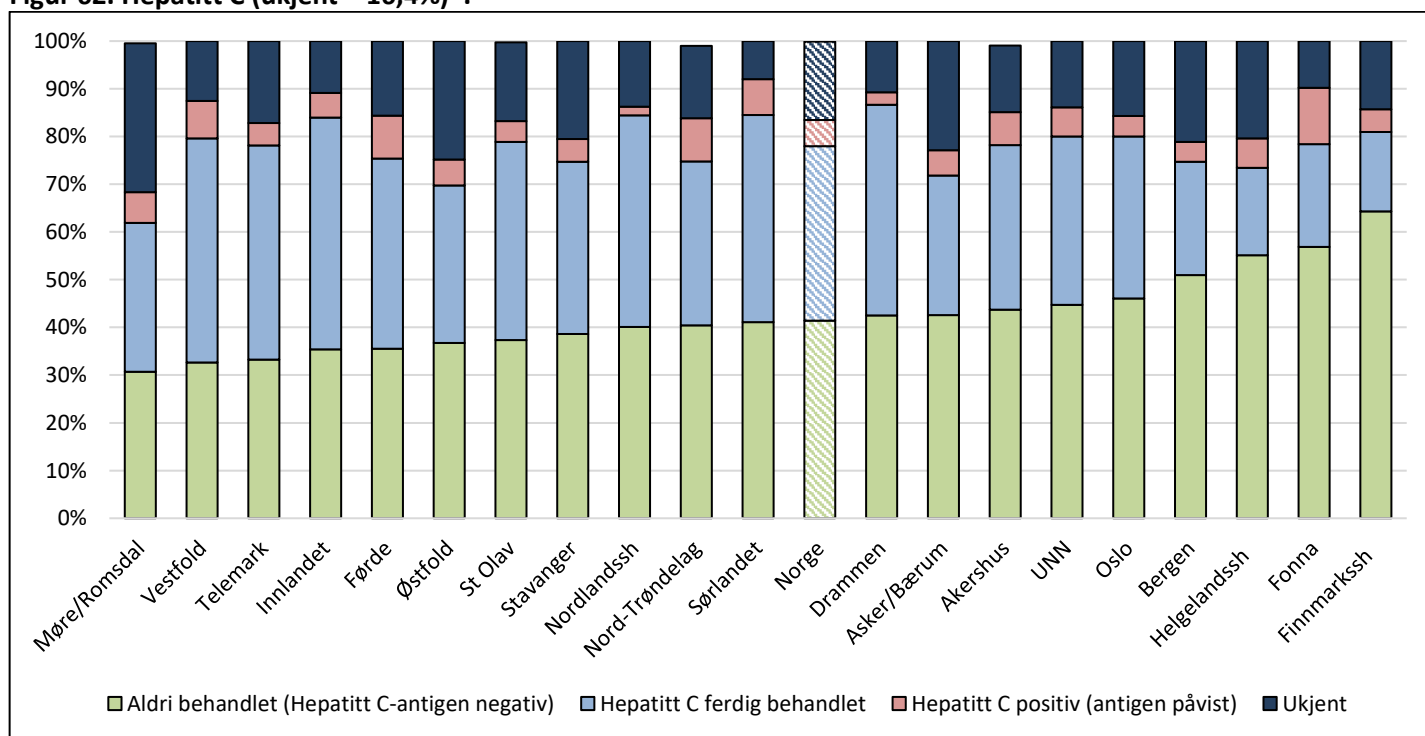
Hepatitt C

Hepatitt C har historisk sett vært svært utbredt blant personer som injiserer rusmidler¹². I den generelle befolkningen er prevalensen av hepatitt C estimert til omtrent 0,1%. Fra 2018 har medikamentell behandling som baserer seg utelukkende på tabletter vært tilgjengelig. Den nasjonale strategien for utrydning av hepatitt C innen 2023¹³ har videre vært en viktig del av en fornyet behandlingsoptimisme de siste årene, og har bidratt til betydelig reduksjon i forekomst av hepatitt C. Behandlingsprognosen for hepatitt C er god dersom oppfølging skjer tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet er alle i LAR aktuelle for utredning og eventuelt behandling for hepatitt C, og pasientene bør derfor jevnlig få tilbud om antigenundersøkelser. Siden det ikke finnes en HCV-vaksine er det risiko for reinfeksjon, noe som tilsier behovsstyrte screeningundersøkelser i særlige risikogrupper, som for eksempel blant personer som aktivt injiserer rusmidler.

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

Basert på årets tall for hepatitt C (Figur 62), så har 36,6% blitt ferdigbehandlet for hepatitt C (mot 35,6% i 2022), i tillegg til at 41,4% har fått avkreftet hepatitt C basert på antigenester (mot 38,1% i 2022). Disse tallene gir håp om å kunne redusere forekomst av hepatitt C blant LAR-pasienter i årene som kommer. Videre arbeid med utredning, diagnostisering, og behandling er viktig for å nå det langsiktige målet å utrydde Hepatitt C i LAR-populasjonen. Tilgang på rent brukerutstyr er viktig for de som har injiserende rusbruk, og bør derfor prioriteres.

Figur 62. Hepatitt C (ukjent = 16,4%)*.



¹² 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

¹³ Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a7db35f049c46e8b368ad9751f0c870/nasjonal-strategi-mot-hepatitter.pdf>

Vurderinger av fysisk helse og behandling

Funnene om fysisk helse og behandling siste fire uker år viser at helseplager som gikk ut over livsførsel og livskvalitet var utbredt, hos omtrent 4 av 10 pasienter, samt at 1 av 3 hadde hatt kroniske smerter i løpet av det siste året. De mest utbredte helseplagene, i tillegg til kronisk smerte, var tannproblemer, kronisk lungesykdom og høyt blodtrykk, men en rekke andre forekom også. Når det gjelder blodsmittestatus viser tallene at innsatsen rettet mot hepatitt C-kartlegging og -behandling i stor grad har nyttet. Forekomsten av hiv er også stabilt lav blant LAR-pasienter.

De fleste, 7 av 10 pasienter, hadde vært til legeundersøkelse siste år, og de som hadde konkrete sykdommer eller plager hadde fått oppfølging eller behandling for dette. Tallene viser dermed at en del pasienter opplever en rekke ulike helsemessige belastninger som krever oppfølging, men tallene viser også at mange får relevant oppfølging og behandling for disse belastningene. For eksempel så er tannbehandling gratis for pasienter i LAR. Når en stor andel pasienter i LAR opplever tannproblemer er det positivt å se at mange får tannbehandling. Tallene gir også grunnlag for å tenke at det er viktig å fortsette å tilby gratis tannbehandling. Av de som fikk behandling for kroniske smerter, var det en liten andel på rundt 6% som fikk opioid-basert behandling for dette. Vi ser at det er en rekke andre tilnærminger som blir benyttet når pasienter har kroniske smerter, men også at mange ikke får noen oppfølging for sine kroniske smerter. Av livsstilsrelaterte faktorer ble bruk av tobakk kartlagt. En stor andel av pasienter i LAR røyker og kan være i behov av intervensjoner for røykeslutt.

Forekomsten av fysiske skader og sykdommer øker i takt med økende alder i LAR-populasjonen, og andelen som er i behov av oppfølging knyttet til fysisk helse vil derfor trolig øke i kommende år. I tillegg lever LAR-pasienter inntil 15 år kortere og får helseplager tidligere enn resten av befolkningen.¹⁴ Siden fysiske helseplager som kreft, hjerte- og karsykdommer, og kronisk lungesykdom øker med høyere alder, bør LAR-tjenestene planlegge og koordinere regelmessige undersøkelser av helseproblemer, inkludert kartlegging av bivirkninger av forskrevne medisiner.

¹⁴ Lewer et al. (2020). Life expectancy of people who are dependent on opioids: a cohort study in New South Wales, Australia. *Journal of Psychiatric Research*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32905957/>

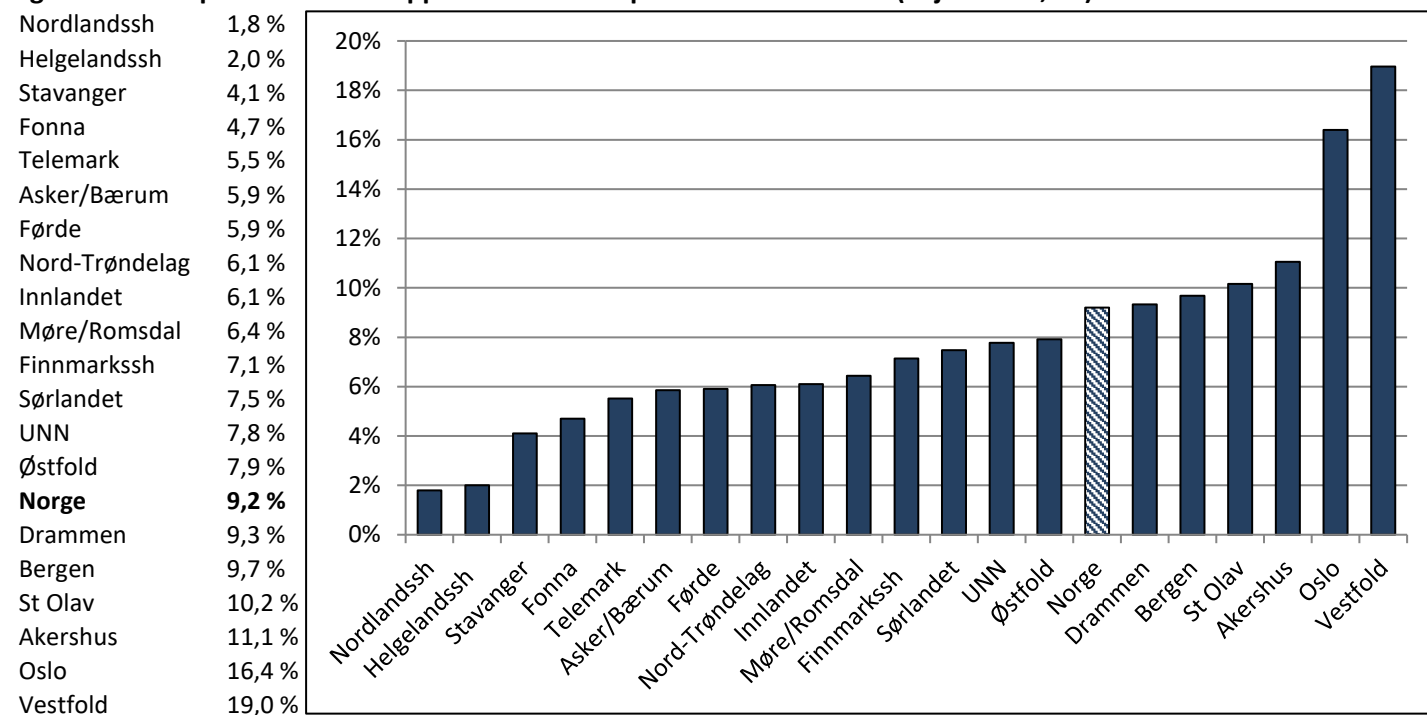
RUSBRUK

Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om rusbruk (alkohol, illegale rusmidler, og legemidler, forskrevet eller ikke-forskrevet) de siste fire foregående ukene. Spørsmålene gjelder selvrapportert eller påvist bruk av opioider utenom LAR-medikament, cannabis, benzodiazepiner, og sentralstimulerende midler, samt en evaluering av omfang av pågående rusbruk og aktuell rusmestring. Spørsmålene gir ikke informasjon om hyppighet eller grad av bruk. Noen spørsmål om rusmestring siste år er også inkludert. Særlig vurderinger av rusbruk siste år forutsetter jevn kontakt med pasienter, opplysninger om pasientens situasjon og faglig skjønn.

Opioider utenom LAR-medikament

Figur 63 viser bruk av opioider siste fire uker. Opioidbruk ble rapportert for 9,2% av pasientene (mot 10,4% i 2022). Regionalt nivå var det lavest andel med opioidbruk i nord (5,4%), og høyest i øst (11,6%). Nordlandssykehuset (1,8%) og Helgelandssykehuset (2,0%) hadde lavest andel pasienter med opioidbruk, mens Vestfold (19,0%) og Oslo (16,4%) hadde høyest bruk. Ukjentandelen var imidlertid høy i nord (34,1% ved Nordlandssykehuset og 28,0% ved Helgelandssykehuset). Overordnet sett indikerte tallene at rundt 1 av 10 hadde samtidig opioidbruk. Dette nivået har vært stabilt gjennom det siste tiåret. Den høye andelen pasienter med ukjent status for opioidbruk gjør imidlertid underrapportering sannsynlig.

Figur 63. Andel pasienter med rapportert bruk av opioider siste fire uker (ukjent = 17,0%).

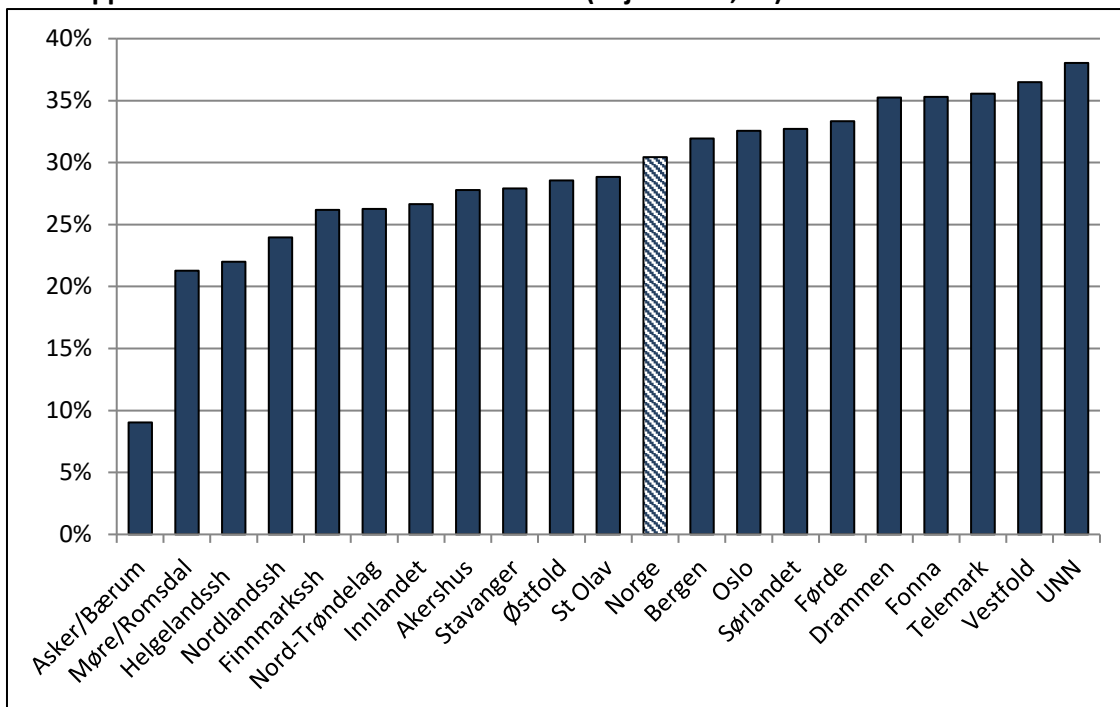


Cannabis

Som det fremkommer av figur 64 rapporterte 30,4% bruk av cannabis siste uker (mot 32,0% i 2022). Forekomsten var nokså lik på tvers av regionene (mellom 26,2 og 32,0%). Asker og Bærum skilte seg ut med lavest andel pasienter med oppgitt cannabisbruk siste fire uker (9,0%), men også med svært høy andel med ukjent status for cannabisbruk (40,4%). Andelen med ukjent status var også høy ved Nordlandssykehuset (32,3%) og Helgelandssykehuset (32,0%). Førde har lavest andel med ukjent status (4,1%). Fordelingen på enhetsnivå er omtrent lik som foregående år. Det ikke åpenbart om forskjellene er systematiske eller skyldes forskjeller i rapporteringspraksis og tilfeldigheter.

Figur 64. Andel pasienter med rapportert bruk av cannabis siste fire uker (ukjent = 17,3%).

Asker/Bærum	9,0 %
Møre/Romsdal	21,3 %
Helgelandssh	22,0 %
Nordlandssh	24,0 %
Finnmarkssh	26,2 %
Nord-Trøndelag	26,3 %
Innlandet	26,6 %
Akershus	27,8 %
Stavanger	27,9 %
Østfold	28,6 %
St Olav	28,8 %
Norge	30,4 %
Bergen	31,9 %
Oslo	32,6 %
Sørlandet	32,7 %
Førde	33,3 %
Drammen	35,3 %
Fonna	35,3 %
Telemark	35,6 %
Vestfold	36,5 %
UNN	38,0 %

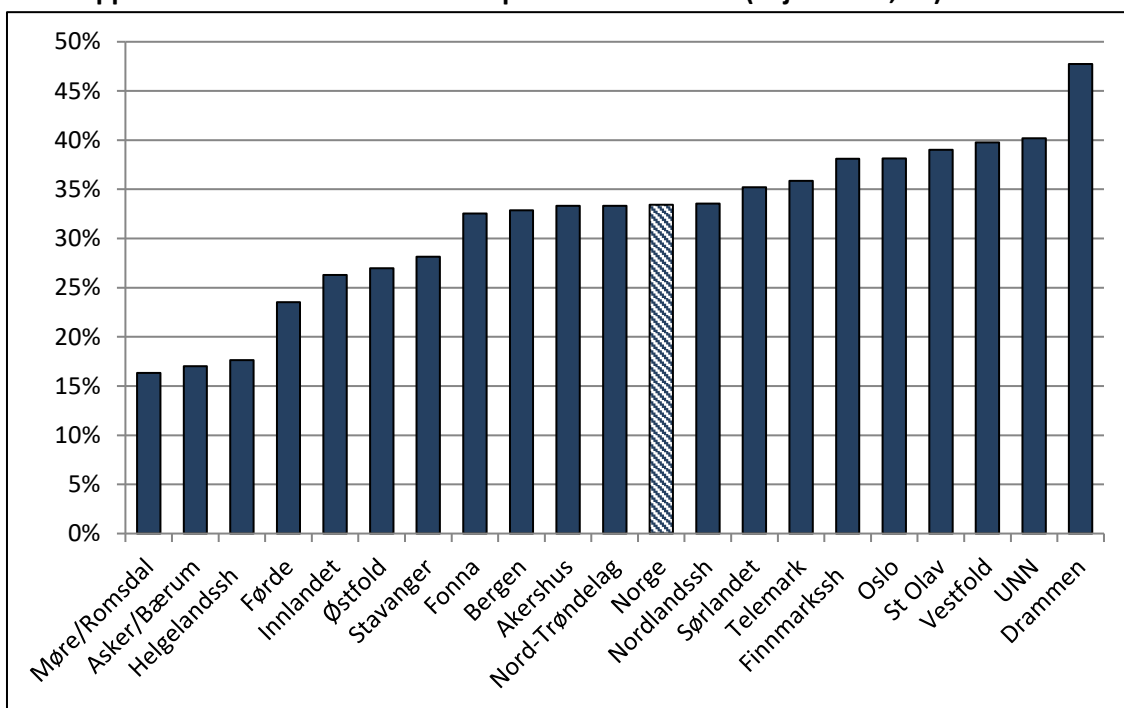


Benzodiazepiner

Som figur 65 viser, rapporterte 33,4% om ruspreget benzodiazepinbruk siste uker, en klar nedgang fra 41,3% i 2022. Dette kan antakelig delvis knyttes til økt forskrivning og redusert behov for ruspreget bruk. Andelen med ruspreget bruk var noe høyere i sør (36,5%) og nord (36,0%). Andelen var lavest i Møre og Romsdal (16,3%), Asker og Bærum (17,0%), og Helgelandssykehuset (17,6%), og høyest i Drammen (47,8%). Det var store forskjeller i andel med ukjent status (1,8-36,7%).

Figur 65. Andel pasienter med rapportert med bruk av benzodiazepiner siste fire uker (ukjent = 13,5%).

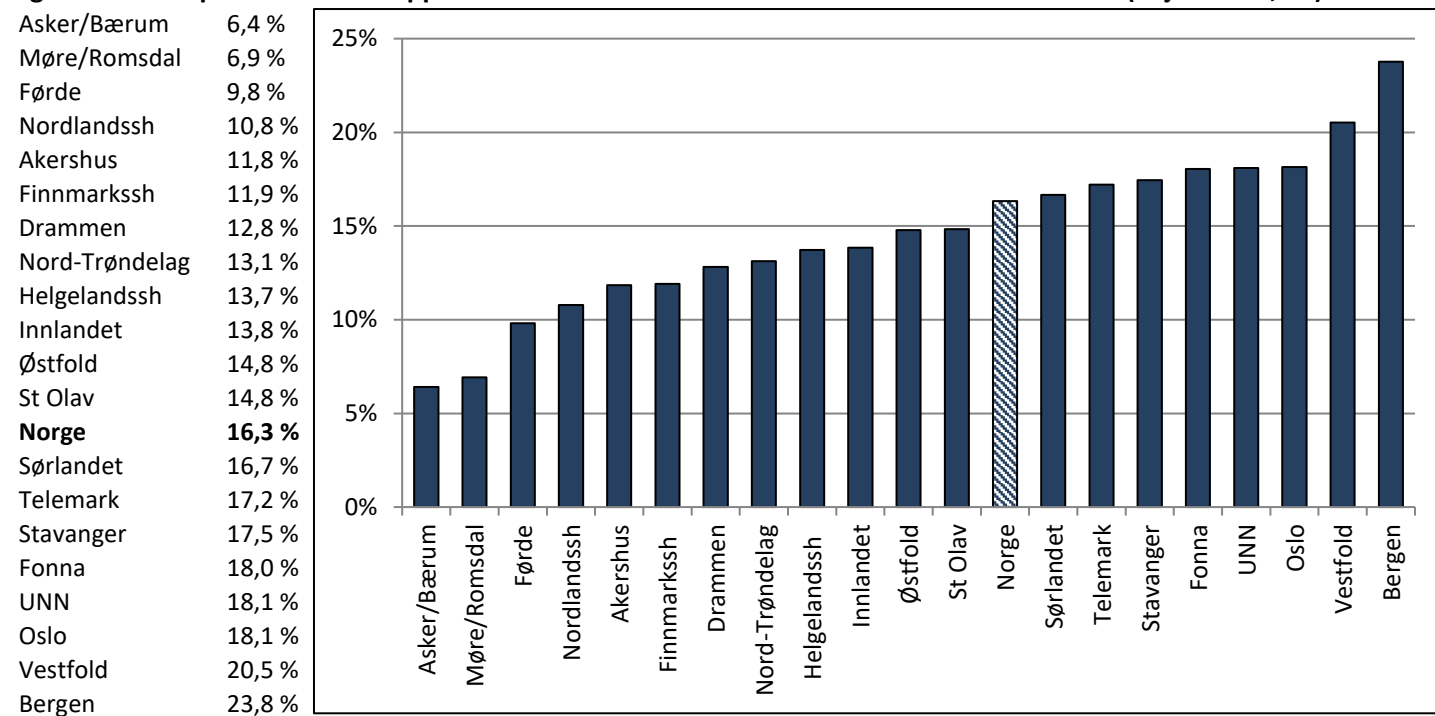
Møre/Romsdal	16,3 %
Asker/Bærum	17,0 %
Helgelandssh	17,6 %
Førde	23,5 %
Innlandet	26,3 %
Østfold	27,0 %
Stavanger	28,1 %
Fonna	32,5 %
Bergen	32,9 %
Akershus	33,3 %
Nord-Trøndelag	33,3 %
Norge	33,4 %
Nordlandssh	33,5 %
Sørlandet	35,2 %
Telemark	35,9 %
Finnmarkssh	38,1 %
Oslo	38,1 %
St Olav	39,0 %
Vestfold	39,8 %
UNN	40,2 %
Drammen	47,8 %



Sentralstimulerende midler

Som vist i figur 66 oppga 16,3% bruk av sentralstimulerende midler siste uker, mot 15,6% i 2022. Det nasjonale gjennomsnittet vært nokså stabilt det siste tiåret. Fordelingen var nokså lik på regionalt nivå, men med forskjeller mellom LAR-enhetene. Andelen med bruk av sentralstimulerende midler var lavest i Asker og Bærum (6,4%) og Møre og Romsdal (6,9%), og høyest i Bergen (23,8%).

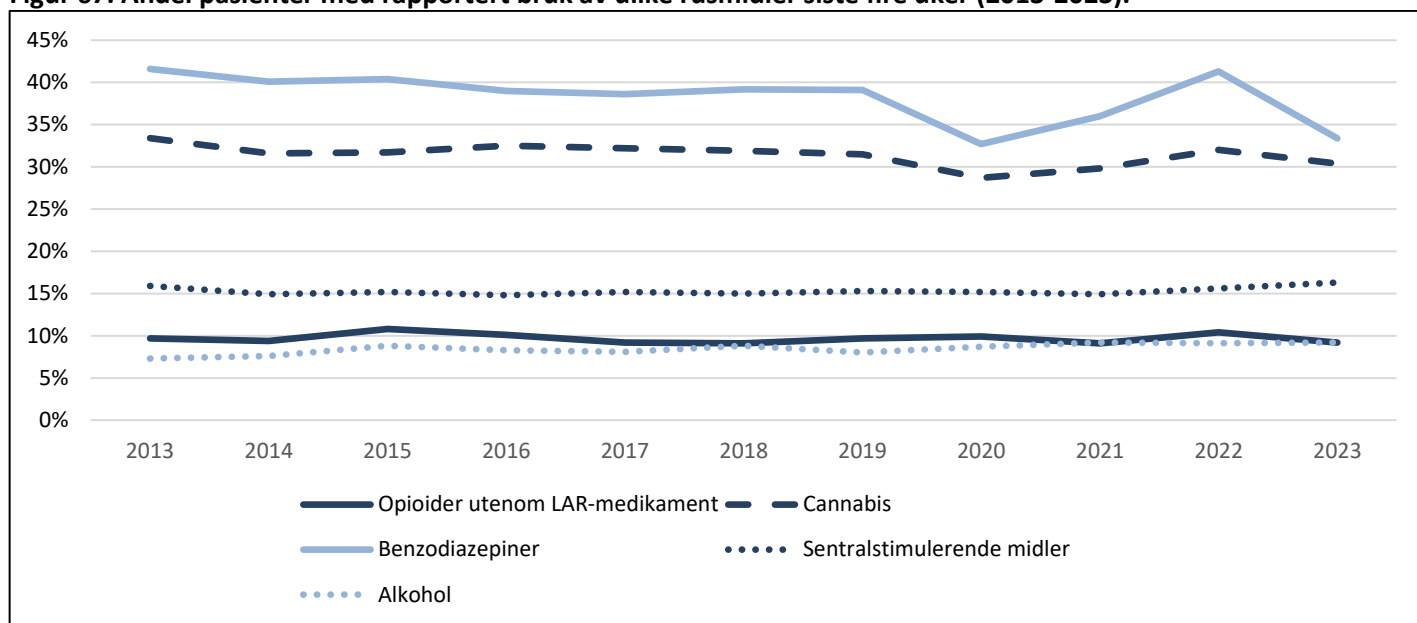
Figur 66. Andel pasienter med rapportert bruk av sentralstimulerende midler siste fire uker (ukjent = 17,0%).



Aktuell rusbruk over tid

Fordelingen av utviklingen i bruk av ulike rusmidler gjennom det siste tiåret er fremstilt i figur 67. Bruken av opioider utenom LAR-medikament har vært stabil på omtrent 10%. Det samme gjelder problemfylt alkoholbruk. Bruk av sentralstimulerende midler har vært stabil på 15% gjennom de siste ti årene, og cannabis på rundt 30%. Imidlertid så var det en reduksjon i bruk av benzodiazepiner og cannabis fra 2019 til 2020, trolig grunnet redusert tilgang under pandemien. Bruken av benzodiazepiner økte med omtrent ti prosentpoeng fra 2020 til 2022, til like over nivået før pandemien, før vi i 2023 ser en tydelig reduksjon. Bruk av benzodiazepiner ser ut til å være mest utbredt blant pasienter i LAR, etterfulgt av cannabis. Noen av enhetene som rapporterte om lavere forekomst av rusbruk ser også ut til å være blant de som oppga høyest grad av ukjent status. Hyppig ukjentstatus kan være mer utbredt i LAR-enheter med sjeldnere pasientkontakt og lavere grad av pasientmedvirkning i statusundersøkelsen, uten nødvendigvis å reflektere den reelle rusbruken.

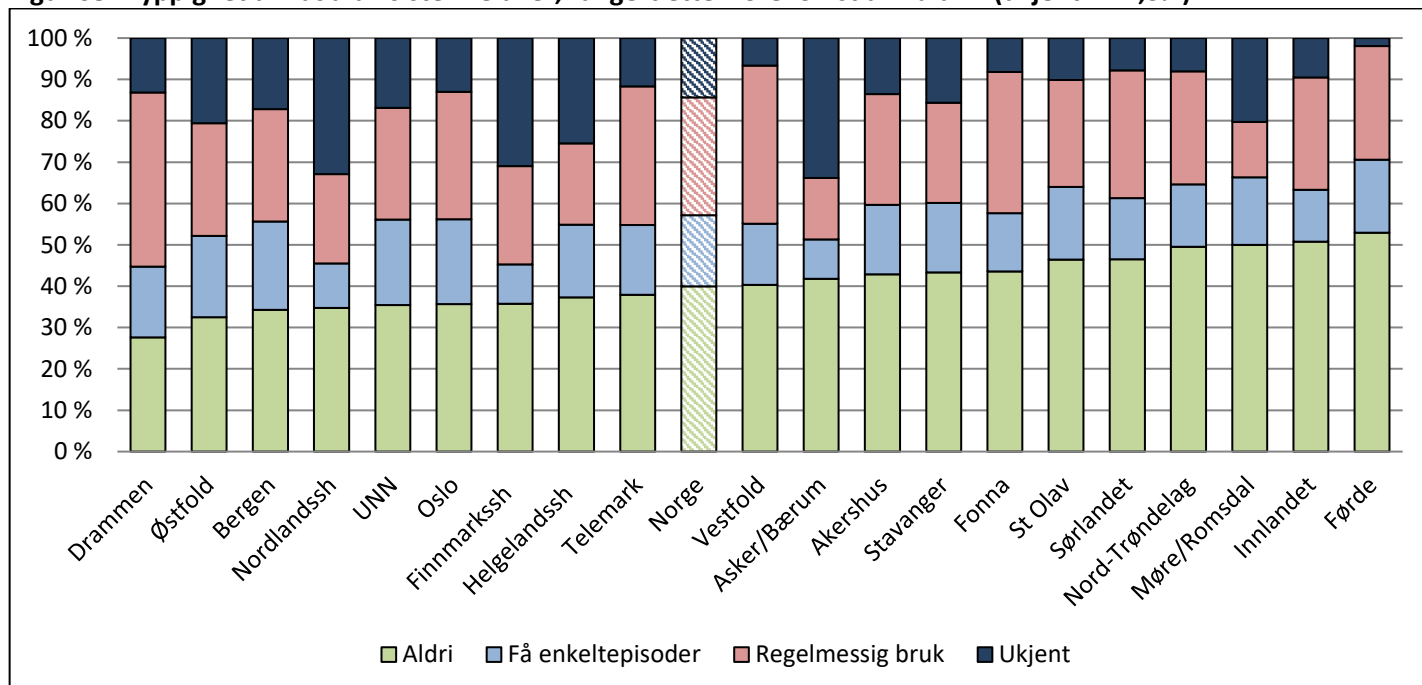
Figur 67. Andel pasienter med rapportert bruk av ulike rusmidler siste fire uker (2013-2023).



Hyppighet av rusbruk

På landsbasis var det rapportert om 40,0% som ikke hadde kjent ruspreget bruk de siste ukene (Figur 68), sammenlignet med 38,4% i 2022. Videre hadde 17,2% hatt enkeltepisoder, og 28,5% mer regelmessig bruk. Figur 45 viser svarfordelingen i den enkelte enhet. Møre og Romsdal hadde lavest andel med kjent regelmessig bruk (13,4%) og Drammen høyest andel med kjent regelmessig bruk (42,1%), I LAR Asker og Bærum var det færrest med kjent regelmessig bruk (14,8%).

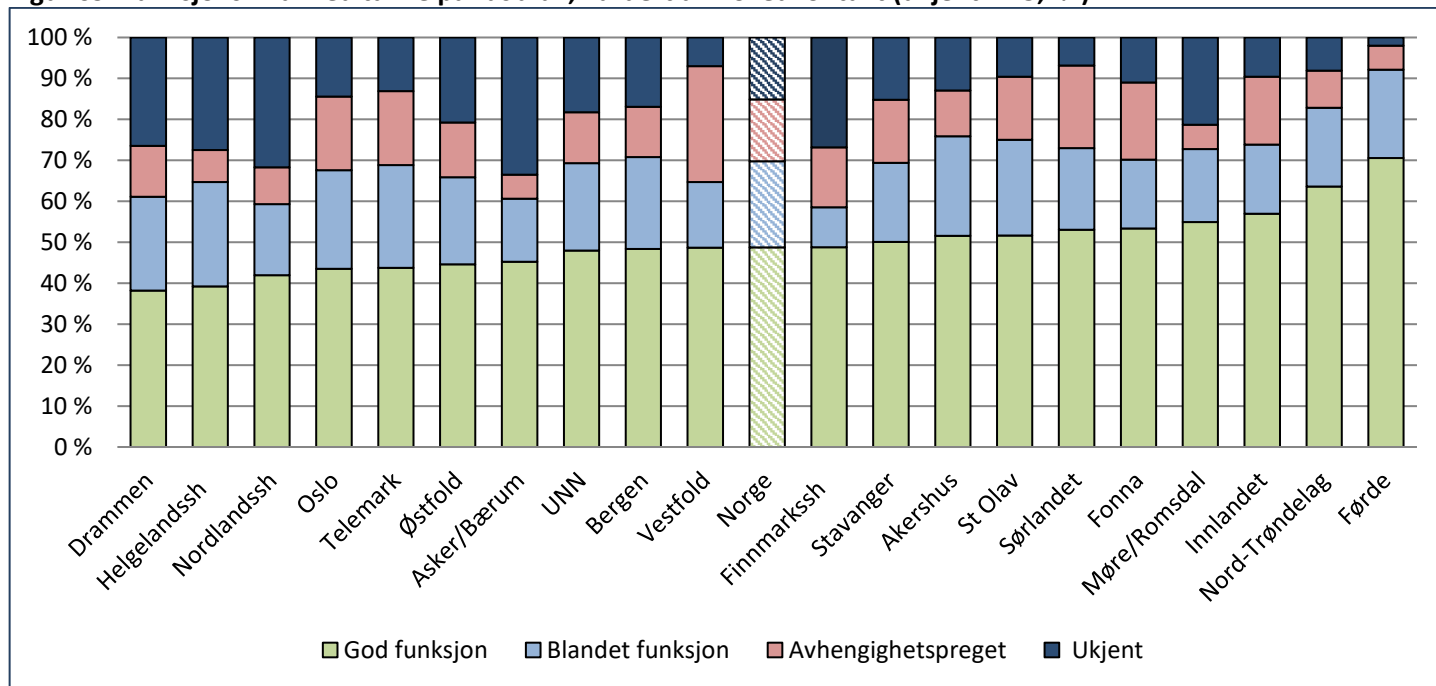
Figur 68. Hyppighet av rusbruk siste fire uker, rangert etter forekomst av «aldri» (ukjent = 14,3%).



Rusmestring

I gjennomføringen av statusundersøkelsen har pasientens primærkontakt vurdert vedkommendes rusmestring siste år, etter god funksjon, blandet funksjon, og avhengighetspreget rusbruk. God funksjon innebærer at det ikke er noen rusbruk som har negativ betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Blandet funksjon viser til noen grad av negativ betydning. Avhengighetspreget bruk innebærer bruk som dominerer hverdagslivet. I 2023 ble 48,7% vurdert å ha god funksjon i hverdagen (Figur 69), omtrent tilsvarende som i 2022 og foregående år. Videre ble 21,0% vurdert med blandet fungering, og 15,1% med en avhengighetspreget bruk, og i en mellomkategori med mer variabel fungering. Det var jevnt over små forskjeller mellom LAR-enhetene.

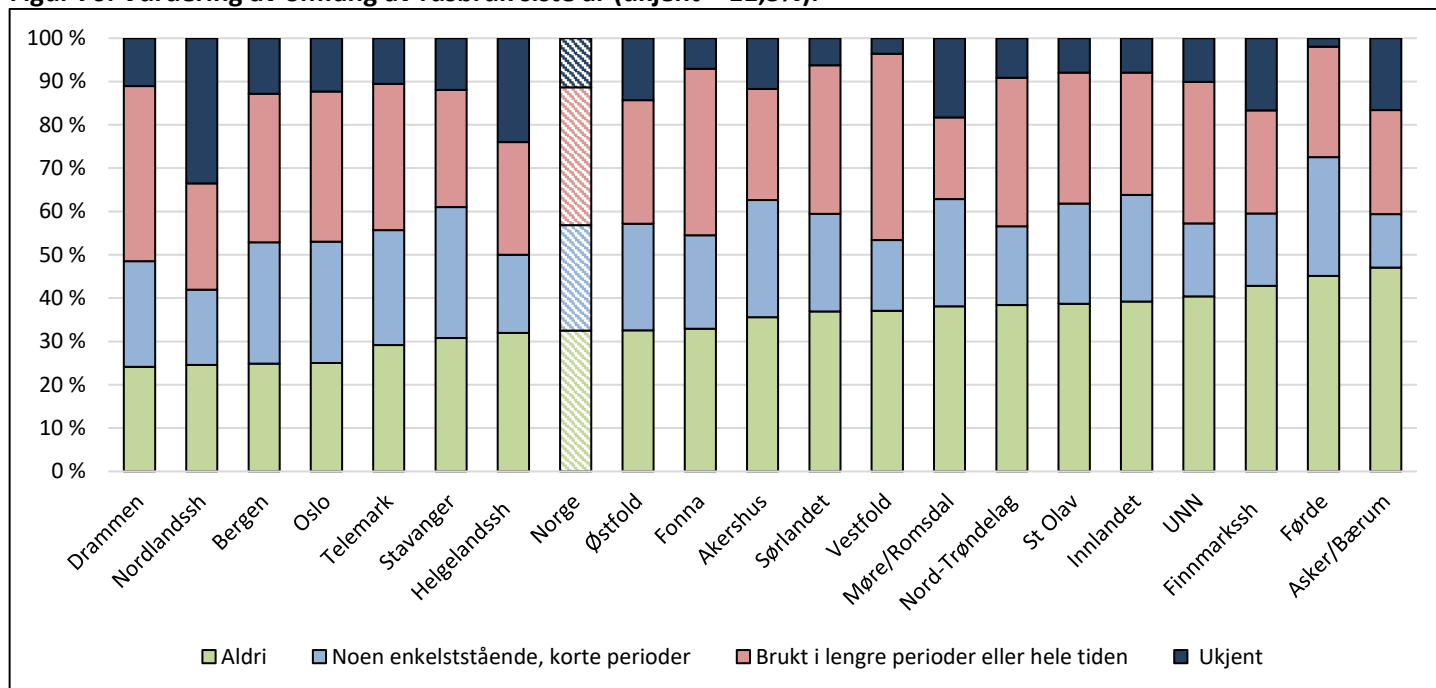
Figur 69. Funksjonsnivå med tanke på rusbruk, vurdert av hovedkontakt (ukjent = 15,1%).



Omfang av rusbruk

Som det fremkommer av figur 70 var det 32,5% som rapporterte at de ikke hadde brukt rusmidler siste år (32,3% i 2022). Videre hadde 24,3% kun brukt rusmidler i enkeltstående perioder, og 31,8% i lengre perioder eller gjennom hele året. Det var noen mindre regionale forskjeller i rusbruk. LAR-enheten med høyest andel som ikke hadde brukt rusmidler siste år var Asker og Bærum (47,0%), mens Drammen, Nordlandssykehuset, Bergen og Oslo alle hadde omtrent 25% som ikke hadde brukt rusmidler siste år. Figur 73 viser den årlige andelen som er vurdert å ikke å ha brukt rusmidler siste år siden 2005. Andelen falt de første årene, men har variert mellom 30-35% siden 2007. Etter 2013 kan det spores en svak økning i andelen som ikke bruker rusmidler.

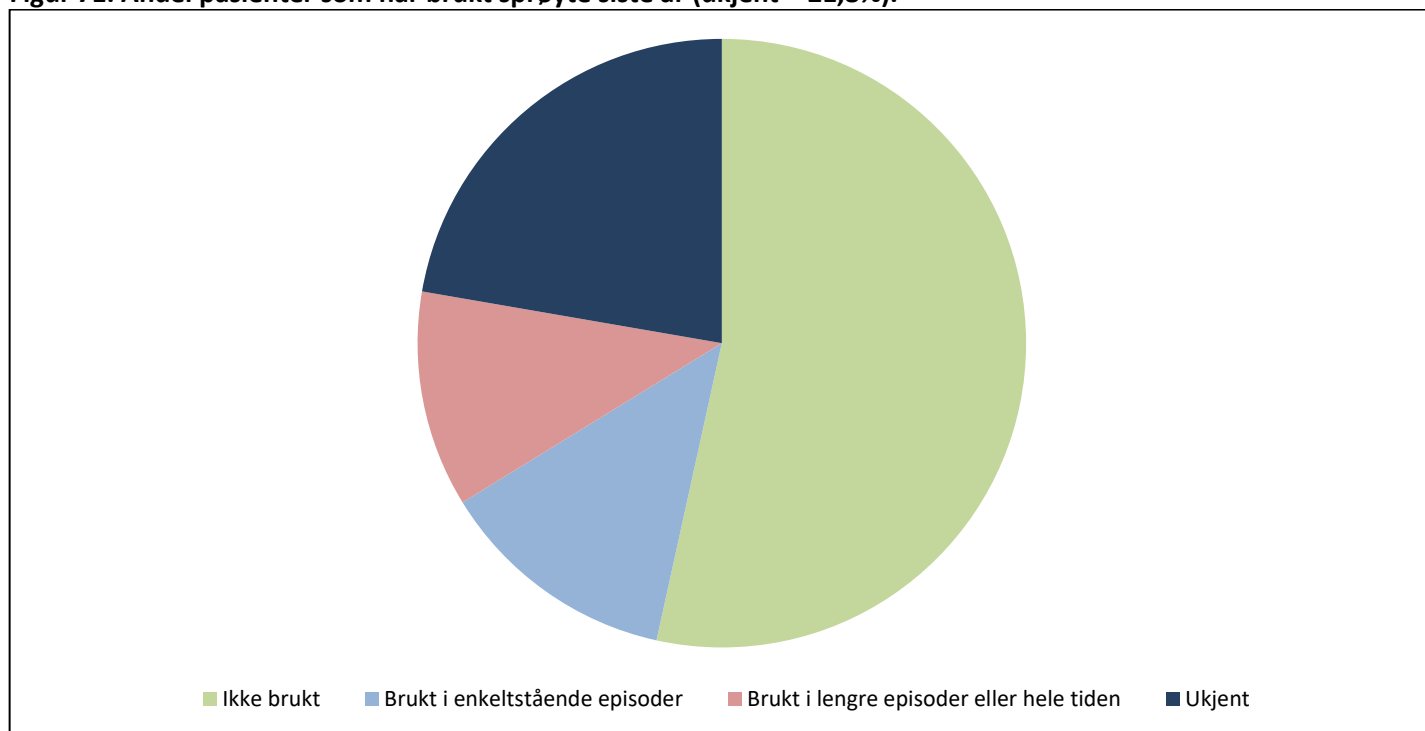
Figur 70. Vurdering av omfang av rusbruk siste år (ukjent = 11,3%).



Injiserende rusbruk

For de av helseforetakene som benytter journalsystemet DIPS Arena ble det i statusundersøkelsen for 2023 inkludert et om bruk av sprøyte siste år. Som vist i figur 71 hadde 53,5% av pasientene ikke brukt rusmidler med sprøyte siste år (49,9% i 2022). En mindre andel på 11,5% hadde brukt sprøyte i lengre perioder eller gjennom hele året, mens 12,8% kun hadde brukt sprøyte i avgrensede episoder.

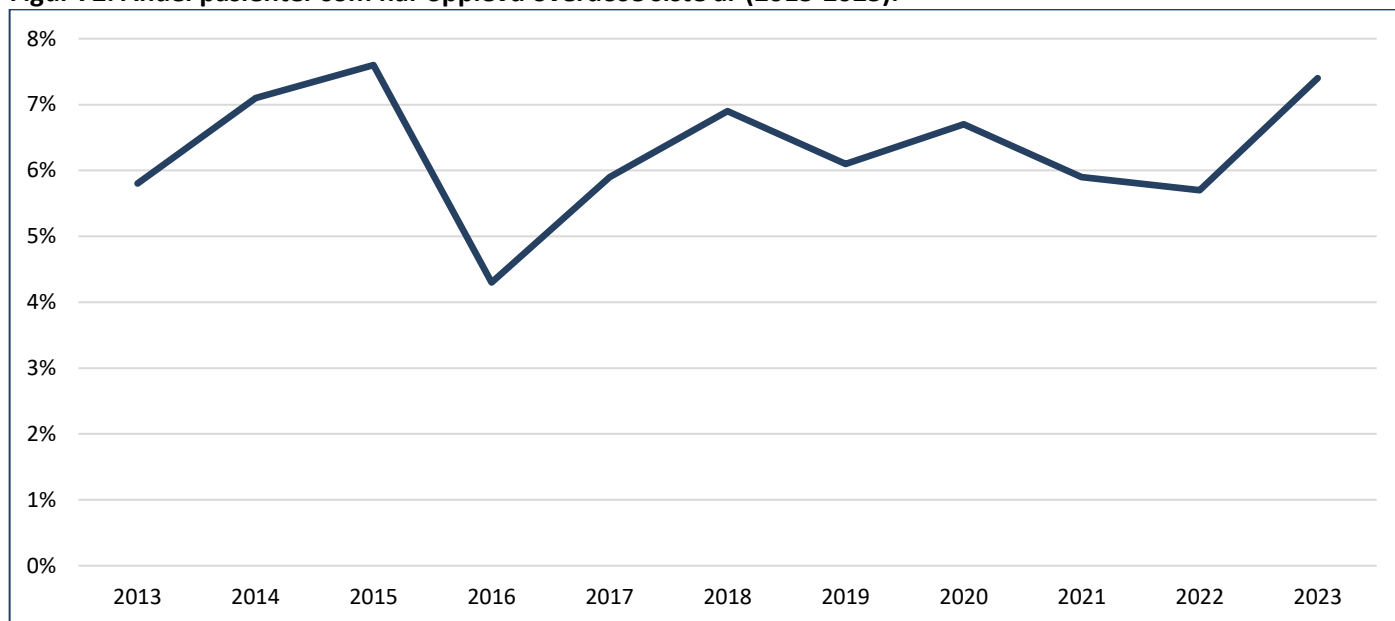
Figur 71. Andel pasienter som har brukt sprøyte siste år (ukjent = 21,8%).



Overdoser

Majoriteten hadde ikke opplevd overdose (livstruende forgiftning) siste år (80,9, mot 83,0% i 2022). En andel på 7,4% oppga å ha hatt en overdose siste år, litt høyere enn i 2022 (5,7%). Andelen ukjent har ikke endret seg vesentlig fra 2022 (11,3%) til 2023 (11,7%). Figur 72 viser utviklingen i årlige overdoser blant pasienter i LAR. Dette gjelder overdoser som ikke har resultert i dødsfall. For overdoser som har resultert i dødsfall, se eget kapittel om dødelighet i LAR.

Figur 72. Andel pasienter som har opplevd overdose siste år (2013-2023).



Vurderinger av rusbruk siste år

I statusundersøkelsen måles siste tids bruk av ulike rusmidler enkeltvis, i tillegg til hyppighet av rusbruk og rusmestring. Langt fra all rusmiddelbruk medfører problemer eller er problemfylt, men type og grad av rusbruk under behandling i LAR kan gi indikasjoner på nytten av behandlingen. Dette gjelder spesielt samtidig bruk av opioider utenom LAR-medikament, men bruk av andre rusmidler kan også ha innvirkning på behandlingsutfall. Særlig kan sammensatt bruk ha implikasjoner for behandlingen og den enkeltes utbytte av behandlingen. Imidlertid så kan pågående rusbruk under behandling også være en indikasjon på at det bør gjøres justeringer i behandlingen.

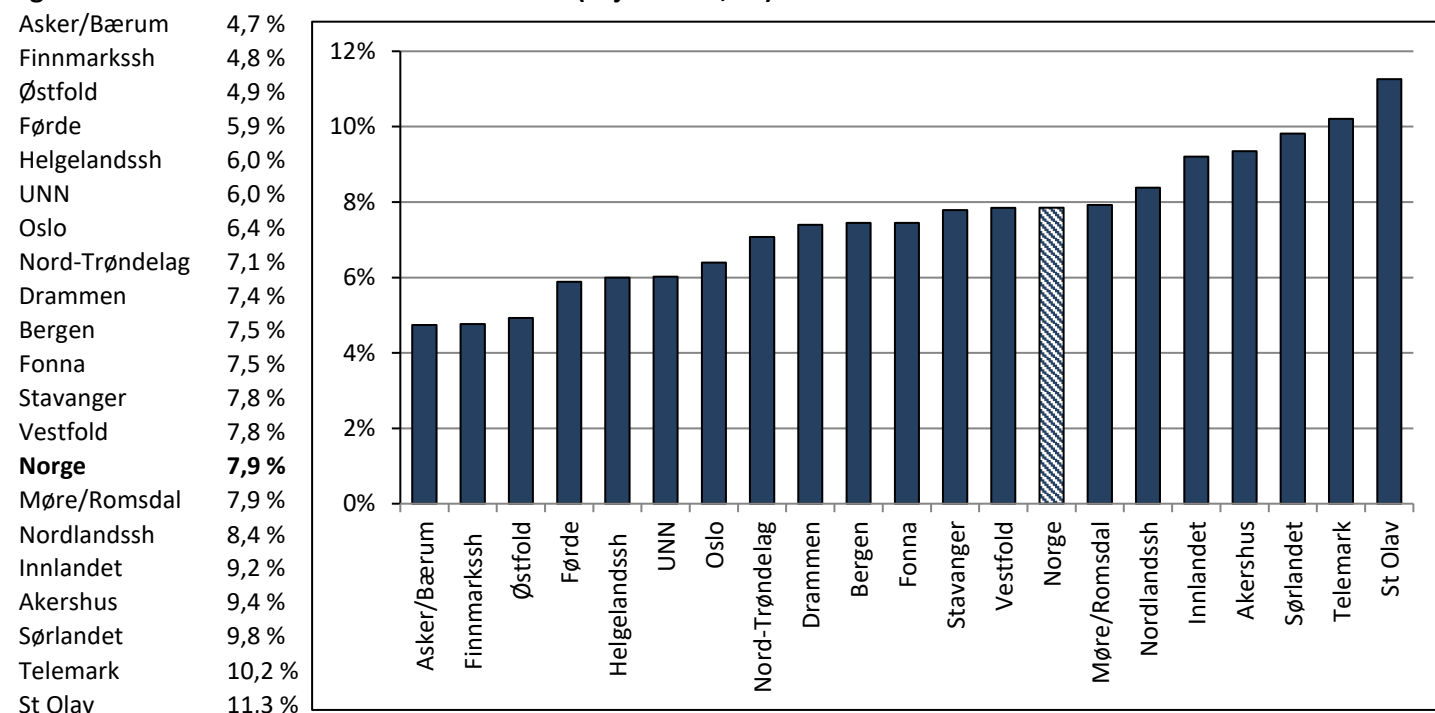
Overordnet sett har bruken av de ulike rusmidlene vært stabil gjennom en årrekke. En stor andel hadde ukjent status når det gjaldt bruk av ulike rusmidler, og det forventes derfor at den reelle andelen med pågående rusbruk er noe høyere. I mindre enheter er det trolig enklere å ha oversikt over aktuell rusbruk hos enkeltpasienter. Samlet sett hadde omtrent halvparten god fungering med tanke på rusmestring, og fire av 10 hadde ingen pågående rusbruk. Vi ser at det er en mindre gruppe pasienter som bruker rusmidler regelmessig og ukontrollert, som dermed kan være i behov for behandlingsendringer eller tilpasset oppfølging. Gjennom LAR vil disse kunne holde kontakt med tjenestene og vil kunne tilbys helsehjelp og psykososial oppfølging ved behov. Valg av medikament, utleveringsordning og rusprøveordning kan være viktige temaer å adressere i behandlingen.

Avslutningsvis så er tallene for rusbruk siste år sammenlignbare med fjorårets. Over halvparten av pasientene kan regnes for å være i en god situasjon når det gjelder bruk av rusmidler siste år, og en tredjedel er vedvarende rusfrie. Samtidig ser vi at en tredjedel kan regnes for å ha en vedvarende alvorlig rusbruk, og en liten økning i opplevde overdoser siste år. Samlet sett ser vi at flertallet av LAR-pasienter dermed har god rusmestring både siste fire uker og siste år, og andelsmessig i tråd med andelen som har rusfrihet som sitt behandlingsmål. Samtidig bør det vektlegges at majoriteten av pasienter med vedvarende rusbruk har stabile psykososiale forhold, og at LAR ser ut til å fungere godt også i et skadereduksjonsperspektiv.

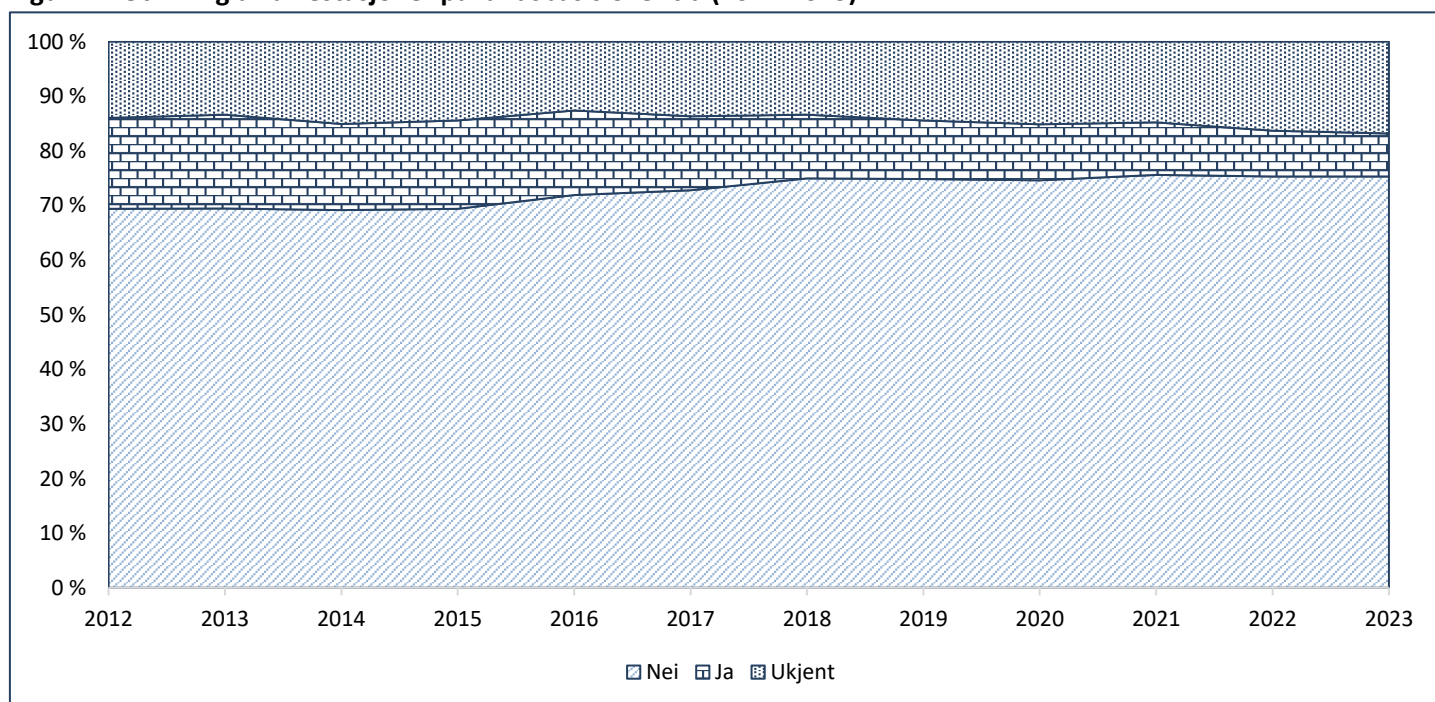
LOVBRUDD

Statusundersøkelsen inkluderer enkeltspørsmål om lovbrudd siste år (arrestasjon, varetekt, tiltale og/eller dom). Det spørres ikke om type lovbrudd. Majoriteten, 75,1%, hadde ikke begått lovbrudd. Andelen som i løpet av foregående år har blitt arrestert, varetektsfengslet, tiltalt eller dømt er fremstilt i figur 73. I løpet av foregående år ble det rapportert om 7,9% som hadde begått lovbrudd, mot 8,4% i 2022, 9,6% i 2021 og 10,3% i 2020. Det var en nokså høy andel med ukjent status (17,0%). De siste årene har vi sett en svakt synkende tendens når det gjelder kjente lovbrudd (Figur 74).

Figur 73. Andel som har vært arrestert siste år (ukjent = 17,0%).



Figur 74. Utvikling av arrestasjoner på landsbasis over tid (2012-2023).



PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING

Heroinassistert behandling (HAB) er et femårig prøveprosjekt som omfatter Oslo og Bergen, med oppstart i 2021 og pasientinkludering fra 2022. Formålet er, som ellers i LAR, å gi livreddende og stabiliserende behandling som fører til økt livskvalitet, samtidig som HAB skal kunne nå ut til personer som har forsøkt ordinært LAR, men hvor ordinært LAR ikke har gitt tilstrekkelig behandlingseffekt¹⁵. Nedenfor følger en kort beskrivelse av pasientenes situasjon og behandling, sammenlignet med pasienter i øvrig LAR.

Pasienter i HAB får forskrevet diacetylmorfin (medisinsk heroin) som sitt primære LAR-medikament. Behandlingen innebærer vanligvis oppmøte på HAB-klinikk to ganger daglig for medikamentinntak, enten intavenøst, intramuskulært eller i tablettform, samt annen medikamentell behandling og psykososial oppfølging ved behov. I Oslo er maksimal samtidig pasientkapasitet for tiden omtrent 50, og i Bergen 40.

Deltakere

Totalt var det 55 pasienter i HAB som deltok i statusundersøkelsen (20,0% kvinner, 80,0% menn). Kjønnfordelingen skiller seg noe fra ordinært LAR, hvor 30,2% er kvinner. Av de 55 pasientene var 58,2% i behandling i Oslo og 41,8% i Bergen. Gjennomsnittsalderen i HAB var 46,3 år, sammenlignet med 48,1 år i ordinært LAR. Det var en mindre andel av HAB-pasienter som hadde egen leid eller eid bolig (67,3%) enn i ordinært LAR (80,1%).

Medikamentell behandling og medisinsk sikkerhet

Til forskjell fra ordinært LAR var all HAB-behandling forankret i TSB, med HAB-lege som forskrivende lege. Behandlingsmålsettingen til pasientene i HAB var i all hovedsak stabilisering uten nødvendigvis å ha mål om rusfrihet (94,5%), mot 26,6% i ordinært LAR. Vedrørende tilleggskrivning av benzodiazepiner så var det 38,2% av pasientene i HAB som hadde dette, sammenlignbart med ordinært LAR (39,6%).

Når det gjaldt medisinsk forsvarlighet hadde 69,1% ingen rusprøveavtale utover daglig observasjon og kliniske vurderinger i klinikken i forbindelse med medikamentutlevering. Utover dette hadde 21,8% regelmessig prøvetaking, og 9,1% stikkprøver. Her skiller HAB seg fra ordinært LAR, hvor andelen uten rusprøveprøving var 44,5%. Det er imidlertid viktig å understreke at pasientene i HAB har en helt annen oppfølging og at observasjon og kliniske vurderinger i praksis erstatter bruk av rusprøver.

Psykososial oppfølging og behandlingstilfredshet

Hele 52,7% av pasientene i HAB hadde individuell plan, i kontrast til ordinær LAR (11,0%). Andelen som hadde hatt ansvarsgruppemøte siste tre måneder var imidlertid sammenlignbar (27,3% i HAB, 27,6% i LAR). Andelen som hadde en aktiv behandlingsplan var større i HAB (83,6%) enn i LAR (28,6%). Andelen som mottok behandling for psykiske helseproblemer var også noe høyere i HAB (20,0%) enn i LAR (14,0%). Noen av disse forskjellene kan skyldes en mer nylig behandlingsoppstart for pasientene i HAB, samt behov for tettere koordinert behandling. Tettere oppfølging i HAB kan blant annet være knyttet til behandlingstilfredshet.¹⁶

Behandlingstilfredsheten blant pasienter var noe høyere i HAB (70,9% fornøyd, 18,2% blandet tilfredshet, 5,5% misfornøyd), sammenlignet med ordinært LAR (58,8% fornøyd). Dette innebærer også en økning fra 58,5% tilfredshet i HAB i 2022. Behandlingstilfredsheten blant behandlere var omtrent sammenlignbar i HAB (67,3% fornøyd) med ordinært LAR (67,0%).

¹⁵ Eide et al. (2019). Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. En gjennomgang av kunnskapsbasen for heroinassistert behandling og anbefalinger for et prøveprosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oslo: UiO.

¹⁶ Ellefsen et al. (2022). Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*, 20. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12954-023-00808-8>

Psykisk og fysisk helse

Fordelingen av psykiske helseproblemer var noen prosentpoeng lavere enn i ordinært LAR: 12,7% av pasientene i HAB rapporterte om alvorlige depressive symptomer (16,0% i ordinært LAR) og 23,6% om alvorlige angstsymptomer (25,9% i LAR). Andelen med vrangforestillinger var derimot noe lavere i HAB (3,6%) enn i LAR (7,1%). Fordelingen av fysiske sykdommer eller skader siste år noe høyere i HAB (47,3%) enn i LAR (43,3%). Andelen med opplevde kroniske smerter var vesentlig høyere i HAB (43,6%) enn i LAR (34,0%). Andelen som hadde vært til legeundersøkelse siste år var litt høyere i HAB (74,5%) enn i LAR (68,6%).

Rusbruk

Når det gjaldt rusbruk siste fire uker, så var pasientene i HAB og i LAR i nokså forskjellige situasjoner: 43,6% av pasientene i HAB regelmessig bruk (mot 28,5% i ordinært LAR), 34,5% hadde få enkeltepisoder (17,2% i LAR), og 16,4% hadde ingen kjent rusbruk (40,0% i LAR).

Vurderinger av pasientenes situasjon

Årets statusrapport er den andre etter oppstarten av HAB som prøveprosjekt i Oslo og Bergen. Pasienter i HAB skiller seg noe fra pasienter i ordinært LAR både når det gjelder psykososial situasjon, organisering av behandlingen og type oppfølging, samt i behandlingstilfredshet.

Kvinneandelen i HAB er mindre enn i øvrig LAR, og gjennomsnittsalderen er to år yngre. Videre ser pasientene i HAB ut til å ha en noe mindre stabilitet i sosial situasjon enn pasienter i øvrig LAR, med andelsmessig flere som har midlertidig bosituasjon og midlertidige inntektskilder, og flere som ikke er i jobb eller utdanning. Pasientene i HAB er i tett kontakt med behandlingsapparatet på jevnlig basis, med de mulighetene dette gir til å følge opp pasientene. All behandlingen for pasientene i HAB er forankret i TSB, og den medisinske behandlingen og oppfølging av medikamentell sikkerhet foregår i TSB. Oppfølgingen som gis er altså litt ulik og ikke direkte sammenlignbar.

Til tross for at HAB innebærer at pasientene i større grad må legge ned tid i å følge opp behandlingskrav og -rutiner, så ser vi en liten økning i behandlingstilfredshet fra 2022 til 2023, samt en noe høyere andel fornøyde pasienter enn i ordinært LAR. Kanskje innebærer også denne organiseringsmåten også til høyere tilfredshet ikke på tross av tid og krefter nedlagt i å følge behandlingen, men også på grunn av dette. Samlet sett indikerer tallene at HAB for flertallet av pasientene oppleves nyttig. Det er også verdt å merke seg at antall pasienter per behandlerårsverk er svært lavt i HAB sammenlignet med ordinært LAR. Det innebærer at det i HAB er muligheter til å gi en kvalitativt annen og tettere oppfølging per pasient enn ressursene nok normalt tillater i LAR.

Det er en tydelig forskjell i behandlingsmålsettingen for pasienter i HAB, som nesten utelukkende har stabilisering uten rusfrihetskrav som sitt behandlingsmål. Dette viser at HAB, som skal treffe pasienter som har opplevd ordinært LAR ikke tilstrekkelig nyttig, særlig er viktig som skadereduksjon for en nokså liten gruppe pasienter i en tyngre sosial situasjon. Imidlertid kan det tenkes at behandlingsmålsettingen også i HAB vil forandre seg over tid, og at bildet vil se annerledes ut på sikt.

Når det gjelder psykisk helseproblemer er forskjellene små, og forekomsten av depresjonssymptomer og angstsymptomer er omtrent likt fordelt i HAB og øvrig LAR. Når det gjelder rus så ser vi at det å ha rusbruk er vesentlig mer utbredt blant pasientene i HAB. Det kan se ut til å være ulike behov i arbeidet med rusmestring og skadereduksjon i HAB sammenlignet med øvrig LAR.

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 160 dødsfall fra helseforetakene (HF) for 2023 og det forelå skjemaer med opplysninger om dødsfallet (heretter kalt "dødsregistreringsskjema") for alle. Vi mangler opplysninger fra tre helseforetak (Finnmark, Helgeland og LAR Asker) som derfor ikke er med i oversikten. Tall for Helse Nord og i noen grad Vestre Viken HF i tabellen 7 nedenfor er derfor ikke sammenlignbare med tidligere år. Den nasjonale mortalitetsraten er korrigert for manglende data fra disse helseforetakene (vi har antatt at mortalitetsraten i disse foretakene er den samme som det nasjonale gjennomsnittet) og den nasjonale raten er derfor sammenlignbar med tidligere år. Ved beregning av den nasjonale mortalitetsraten har vi tatt utgangspunkt i 160 døde (alle innmeldte døde) og middeltallet av pasienter i behandling ved inngangen og utgangen av 2023 i de helseforetakene som har medt inn antall døde. Dette gir en mortalitetsrate i 2023 på 1,94/100 pasientår (1,94%).

Tabell 7. Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-enhetene.

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

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

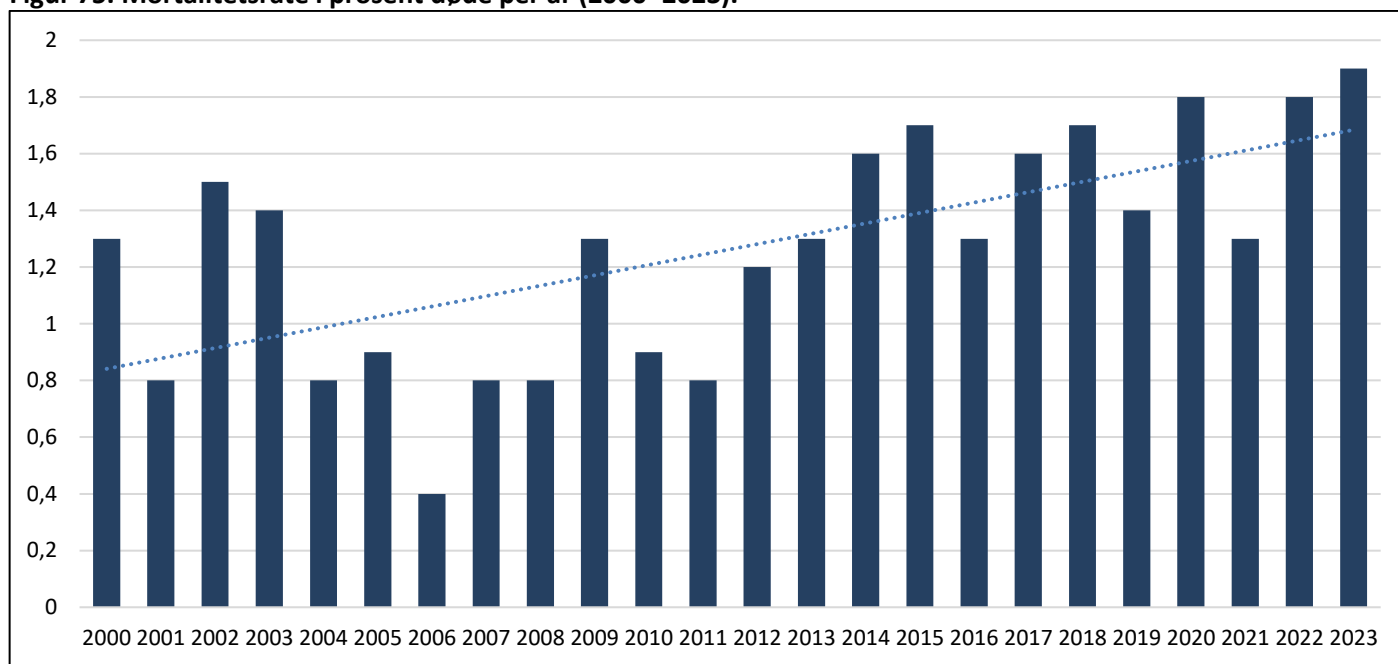
* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn fem dager uten medikasjon er raten 1,4 per 100 pasientår både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018, 1,3 i 2019, og 1,7 i 2020, 1,2 i 2021, og 1,7 i 2022 og 2023.

Av de 160 døde var 136 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet, to hadde ikke hentet LAR-medikament siste 1-5 dager, fire hadde ikke hentet siste 6-30 dager og åtte hadde ikke hentet på mer enn 30 dager, fire var uten LAR-medikament med ukjent varighet, en var inkludert men hadde ikke startet behandling og for fem var LAR-status ukjent.

På grunn av raskt tap av opioidtoleranse etter seponering av opioider, regner vi som tidligere år at de som var under pågående medisinering og de som hadde vært uten LAR-medikament i maksimalt fem dager var "under LAR-behandling" (138 personer), mens de som hadde vært umedisinert mer enn 5 dager ble regnet som "etter/uten LAR" (17 personer). Dessuten var, som nevnt over, LAR-status ukjent for fem personer. Hvis vi tar med disse, får vi maksimalt 143 døde under behandling, som gir en dødsrate på 1,7%.

I den videre beskrivelsen av dødsfallene tar vi, hvis ikke noe annet er presisert, utgangspunkt i de 138 dødsfallene som vi med sikkerhet vet har skjedd "under LAR-behandling". Dødsraten under LAR-behandling i 2023 (Figur 75) er 1,7%. Dette er betydelig høyere enn i 2021 (1,2%), men på samme nivå som 2020 og 2022 (1,7%). Raten for 2023 føyer seg inn den langsiktige trenden med svakt økende mortalitet som vi har sett gjennom hele LAR-historien i Norge (se øvrige vurderinger).

Figur 75. Mortalitetsrate i prosent døde per år (2000–2023).



Dødsårsaker og aldersprofil

Dødsregistreringsskjemaet gir opplysninger om kjønn, alder, helseforetak, antatt dødsårsak (bygger på den Dødsregistreringsskjemaet gir opplysninger om kjønn, alder, helseforetak, antatt dødsårsak (bygger på den kjennskap LAR-behandlerne i helseforetaket har om dødsårsaken, ikke offisiell dødsårsak fra Dødsårsaksregisteret), dødssted, LAR- 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 2023 var gjennomsnittsalderen blant de som døde 53,5 år, den yngste var 26 og den eldste 78 år. I 2021 var snittalderen 53,2 år og 53,6 år i 2022. Snittalderen for alle i LAR var i 2023 48,1 mot 47,0 i 2021 og 47,8 i 2022.

Tabell 8 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene ved de 138 dødsfallene "under LAR-behandling". Ved 37 av de 138 dødsfallene (27%) er dødsårsaken ukjent for LAR i HF-ene. Vi har som tidligere ikke hatt tilgang til data fra Dødsårsaksregisteret. Blant alle de 160 innmeldte døde fordelte kildene for opplysninger om antatt dødsårsak seg med 7% obduksjonsrapporter, 35% epikrise fra sykehus, 11% behandlende lege og 37% andre kilder som for eksempel kan være andre deler av behandlingsapparatet eller familie og bekjente. For 9% er det oppgitt at man ikke har noen opplysninger om dødsårsak. Alt i alt er det oppgitt antatt dødsårsak for 116 av de 160 innmeldte (73%), mens for (28%) er dødsårsaken oppgitt som ukjent. Sammenlignet med 2022 har LAR i HF-ene bedre oversikt over dødsårsaker, men dette varierer i betydelig grad mellom HF-ene. Fordelingen av oppgitte dødsårsaker er lite endret fra tidligere år.

Når vi bare ser på dem som var i aktiv LAR-behandling med oppgitt dødsårsak, døde 80% av somatisk sykdom i 2023, mot 79 i 2022, 76% i 2021, 73% i 2020, 72% i 2019, 71% i 2018, 66% i 2017, 59% i 2016, 68% i 2015, 63% i 2014 og 56% i 2013. Vi ser altså at de fleste dør av somatisk årsak og det er en langsom økning over tid i andelen med naturlig dødsårsak.

Blant dem som døde av somatisk sykdom, var gjennomsnittsalderen 56,4 år, for voldsomme dødsfall 48,1 år og for overdosedødsfall også 45,6 år. Blant de 138 under LAR-behandling (inkludert de med ukjent dødsårsak) døde 42% av de under 51 år av somatisk sykdom. For dem fra 51 år og oppover døde 69% av somatisk årsak. Hvis vi ser bort fra dem med ukjent årsak blir tallene henholdsvis 63% og 89%. Dette viser den økende dødeligheten av somatiske sykdommer, akutte og kroniske, med økende alder. I hele LAR-populasjonen var 70% menn og 30% kvinner i 2022, mens det blant de døde under LAR-behandling er 69% menn og 31% kvinner. Mortalitetsraten var dermed 1,6% for menn og 1,7% for kvinner. Menn utgjorde 70% av dem som døde av somatisk årsak, 7 av 12 som døde av overdose og 5 av 8 med voldsom dødsårsak i 2022.

Tabell 8. Dødsfall under LAR-behandling* i 2023 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	5	4	1	63,4 (53–69)
Bakteriell infeksjon, inkl. "multiorgansvikt"	8	5	3	52,9 (33–78)
Kreft (unntatt leverkreft)	19	14	5	56,5 (44–67)
Hjerte/kar	18	13	5	57,4 (34–73)
Nyre	9	6	3	51,0 (36–62)
Annen somatisk**	11	8	3	62,3 (53–74)
Uspesifisert somatisk***	11	7	4	53,1 (42–67)
Somatisk total	81 (80)	57 (70)	24	56,4 (33–78]
Overdose	12 (12)	7 (58)	5	45,6 (26–63)
Homicid****	1***		1	
Suicid****	3***	3	0	
Ulykke****	4***	2	2	
Uspes, voldsom død	0	0	0	
Voldsom død, total	8(8)	5(63)	3	48,1 (35–60)
Ukjent	37	26 (70)	11	51,0 (31–73)
Total	138	95 (69)	43	53,5 (26–78)

Inkludert i beregningene er 138 døde, 101 med antatt kjent dødsårsak og 37 uten.

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

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

*** Dødsfall oppgitt som somatiske, men uten *spesifikk* somatisk dødsårsak.

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

Overdosedødsfall

17 (11 %) av alle innmeldte dødsfall i 2023 var overdoser. 12 skjedde under pågående LAR-medisinering, mens ett skjedde mellom seks og 30 dager etter avsluttet medisinering, tre mer enn 30 dager etter og en var uten LAR-medisinering av uvisst varighet. Mortalitetsraten for kjente overdoser er 0,14% under LAR-behandling. Dette er om lag som tidligere år, det er mindre svingninger som vurderes som tilfeldige. Det var 37 dødsfall med ukjent årsak og det er rimelig å anta at en større andel av disse skyldes overdose enn blant dødsfall med kjent årsak. Det er likevel grunn til å anta at overdosedødeligheten i LAR i Norge er betydelig redusert sammenlignet med tilsvarende populasjon utenfor LAR. Problematikken rundt overdosedødsfall i LAR og LAR-medikamenter som årsak til dødsfall utenfor LAR er grundigere drøftet i Statusrapporten for 2019 ([lenke Statusrapport 2019](#)).

Dødssted

Av de 81 som døde av somatisk årsak, døde 51 (63%) i sykehus/sykehjem og 19 (23%) hjemme. Selv om andelen som dør i sykehus/sykehjem er noe lavere enn i 2021 og 2022, er det grunn til å anta at svært mange av dem som dør av *kronisk* somatisk sykdom, får adekvat medisinsk behandling i livets slutfase. Men når 24% av dem med somatisk dødsårsak dør hjemme (17% i 2021 og 21% i 2022), kan det samtidig tyde på at en betydelig del av dem som dør av *akutt* somatisk sykdom, ikke kommer under medisinsk behandling. Her ligger det en mulighet for forbedring gjennom bedre rutiner for oppfølging av pasienter som blir syke. 5 av de 12 som døde av overdose, døde hjemme, mens hele 26 av 37 med ukjent dødsårsak også døde hjemme, noe som kan indikere en høyere andel overdoser blant dem med ukjent dødsårsak sammenlignet med resten.

LAR-medikamenter og doseringsnivå

30% av alle LAR-pasientene brukte i 2023 metadon, mens 61% brukte buprenorfin (37% buprenorfin smeltetablett, 5% buprenorfin/nalokson smeltetablett og 19% buprenorfin depot injeksjon) og 8% andre opioider som LAR-medikament. Tabell 9 viser hvilke LAR-medikamenter de døde i 2023 brukte. 50% brukte metadon mot 56% i 2021, 52% i 2022 og i gjennomsnitt 54% 2014–2020. 35 % brukte buprenorfin mot 40% i 2021 og

37% i 2022, og i gjennomsnitt 42% 2014–2020. Av de 21 som brukte andre opioider som LAR-legemiddel brukte sju levometadon (fem somatiske dødsfall), fem peroral morfin med 12 eller 24 timers virkningstid, en heroin (HAB) og 6 andre opioider/palliativ medisiner. Disse funnene skiller seg lite fra tidligere år. Den totale mortalitetsraten for dem som sto på metadon var i 2023 2,79% og 0,95 % på buprenorfin. De generelt høyere mortalitetsratene for pasienter på metadon sammenlignet med buprenorfin er i tråd med tidligere år.

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

Tabell 9. LAR-medikament ved død og dødsårsak for alle pasienter under LAR-behandling med dødsfallsregistreringsskjema i 2023*.

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Annet	Total
Somatisk	40	24	17	81
Overdose	4	6	2	9
Voldsomt dødsfall	2	6	0	8
Ukjent	23	12	2	37
Total	69	48	21	138

* Inkludert i beregningene er 138 døde.

Gjennomsnittsdose blant de døde for metadon var 86,3 mg (spredning 25 mg – 250 mg), for buprenorfin 15,8 mg (6 mg – 28 mg), for buprenorfin/nalokson og 12,0 mg (8 mg–16 mg). Gjennomsnittsdosene er om lag som tidligere år.

Bruk av rusmidler siste måned før død

Blant de døde var 42% stabilt rusfrie, 13% hadde mindre alvorlig, 21% alvorlig og 24% ukjent bruk. 55% var altså stabilt rusfrie eller hadde mindre alvorlig rusmiddelbruk. Dette skiller seg lite fra 2022.

Vurderinger av dødsfall i LAR

Dødeligheten i LAR i 2023 skiller seg lite fra fjoråret både når det gjelder fordeling av dødsårsaker, mortalitetsrate og aldersfordeling. Det er mest rimelig å se på de årlige endringene i dødelighet i LAR som hovedsakelig tilfeldige svingninger innenfor den langsiktige trenden i mortalitetsutviklingen (Figur 78) og fordelingen av dødsårsaker (Tabell 7). Dette styres i stor grad av den langsomt økende gjennomsnittsalderen med økt somatisk sykkelighet og dødelighet. Somatiske dødsårsaker dominerer med en markert økning fra mellom 40 og 50 års alder.

Overdosedødeligheten er i stor grad redusert i LAR sammenlignet med mennesker med opioidavhengighet som ikke er i LAR. De lever derfor lengre, men rammes også av akutte og kroniske somatiske sykdommer ved økende alder og naturlige dødsårsaker dominerer, med særlig økning mellom 40 og 50 års alder. Dette gjelder i hovedsak sykdommer som rammer hele befolkningen, som hjerte-kar-sykdommer, lungesykdommer og kreft. Dette er for såvidt en forventet utvikling, men det er viktig å understreke at innsatser for avdekking, behandling og oppfølging av kroniske sykdommer og rutiner for å fange opp og behandle akutt sykdom er svært viktig. Her må ulike deler av helsevesenet og hjelpeapparatet samarbeide: LAR i helseforetakene, fastlegene, kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Ansvarer må ikke skyves mellom tjenestene, men de som er i posisjon, de må handle. Her er det et betydelig forbedringspotensial.

Helsefremmende innsatser og forebygging er også viktig og bør ha en naturlig plass i en helhetlig rehabiliteringsprosess. Det er også viktig å være klar over at det er et samspill mellom rusmiddelbruk og somatisk svekkelse og at dette kan øke risikoen både for overdoser og akutt og kronisk somatisk sykdom og død. Fokus på rusmestring i LAR er derfor også viktig i dette perspektivet, ikke minst når pasientene blir eldre.

IMPLIKASJONER

Funnene fra statusundersøkelsen for 2023 gir grunnlag for å peke ut noen relevante prioriteringsområder. Et viktig prioriteringsområde i praksis bør være å styrke pasientenes tilgang til ressurser og forutsetninger for gode levevaner og livskvalitet. Støtte og tilrettelegging for deltakelse i sosiale aktiviteter som ikke er del av ordinære arbeidsinnsatser bør styrkes i fremtiden. Denne typen helhetlig oppfølging kan med fordel inngå som del av individuell plan, ansvarsgruppemøter eller en aktiv behandlingsplan, hvor den enkeltes behov og mål legges til grunn.

Videre er psykisk helse og psykiske helseproblemer et satsningsområde for tiden fremover. Mange pasienter i LAR opplever ulike symptomer på psykiske helseproblemer som kan redusere livskvalitet, samtidig som for få mottar behandling for eventuelle psykiske helsetilstander. I tillegg kan prioritering av psykisk helse bli viktigere med økende alder. Det vil derfor være nødvendig å ha et systematisk fokus på å tilgjengeliggjøre utredning og behandling for psykiske lidelser for de som har behov for og ønsker dette.

Basert på funnene våre ser det ut til at de fleste pasienter i LAR har nokså god rusmestring. Fortsatt rusbruk i LAR kan delvis reflektere behandlingsbehov som ikke har blitt adressert på adekvat vis, men det kan også reflektere hvordan startfasen i LAR ser ut. Når det gjelder behandlingstilfredshet så vil dialog og brukermedvirkning fortsette å være viktig. Som ledd i å sikre dialog og brukermedvirkning kan det være relevant å fortsatt tematisere medikamentvalg, dosering og opplevde bivirkninger av LAR-medikamenter for å kunne tilpasse behandlingen best mulig, i tillegg til relevante behandlingsmål for den enkelte i individuell plan, ansvarsgruppe eller behandlingsplan.

Avslutningsvis vil det være viktig å legge til rette for gjennomføring av regelmessige legeundersøkelser, samt kartlegging og behandling av somatiske skader og sykdommer. I en aldrende pasientpopulasjon i LAR, med en betydelig sykdomsbyrde og belastende livsstilsfaktorer, er et økende fokus på oppdagelse og behandling av somatiske tilstander viktigere enn noen gang. Gjennomføring av relevante intervensjoner, for eksempel knyttet til tobakkbruk, ernæring eller fysisk aktivitet, vil kunne ha positive ringvirkninger for pasientenes helse og livskvalitet.

LAR-RELEVANTE PUBLIKASJONER FRA SERAF

Medikamentell behandling og psykososial oppfølging:

- Clausen, T. & Waal, H. (2024). *LAR – Behandlingsmodell i endring. Refleksjoner om alternativer og valg*. Universitetet i Oslo.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2024/seraf-notat-1-2024-lar.pdf>
- Welle-Strand, G., Pierron, M., Olsen, R., & McDonald, R. (2024). 'Life feels better with the right medication'. Results from a service user organization-led survey of opioid maintenance treatment patients in Norway. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 26(19).
<https://www.heroinaddictionrelatedclinicalproblems.org/article.php?id=4877>
- McDonald, R., Bech, A. B., & Clausen, T. (2023). Flexible delivery of opioid agonist treatment during COVID-19 in Norway: qualitative and quantitative findings from an online survey of provider experiences. *BMC Health Services Research*, 23(1), 965. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09959-7>
- Todd-Kvam, J., & Clausen, T. (2024). Practitioner perspectives on working with older patients in opioid agonist treatment (OAT) in Norway: opportunities and challenges. *Addiction Science & Clinical Practice*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00473-7>

Psykisk helse, fysisk helse og rus:

- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2023). Exploring mental health comorbidities and opioid agonist treatment coverage among people in prison: a national cohort study 2010-2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 250, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110896>
- Rolová, G., Skurtveit, S., Gabrhelík, R., Mravčík, V., & Odsbu, I. (2024). Exploring dual diagnosis in opioid agonist treatment patients: a registry-linkage study in Czechia and Norway. *Addiction Science & Clinical Practice*, 37(19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00467-5>
- Bjørnstad, E. D., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2024). Change in self-reported somatic symptoms among patients in opioid maintenance treatment from baseline to one-year follow up. *BMC Psychiatry*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05590-w>
- Bjørnstad, E. D., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2024). Change in substance use among patients in opioid maintenance treatment: baseline to one-year follow-up. *Harm Reduction Journal*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01005-x>
- Malme, K. B., Ulstein, K., Finbråten, A. K., Wüsthoff, L. E. C., Kielland, K. B., Hauge, J., Dalgard, O., & Midgard, H. (2023). Hepatitis C treatment uptake among people who inject drugs in Oslo, Norway: A registry-based study. *International Journal of Drug Policy*, 116, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104044>
- Kostovski, E., Hamina, A., Hjellvik, V., Clausen, T., & Skurtveit, S. (2024). Increased cancer incidence and mortality among people with opioid use-related disorders: A nation-wide cohort study. *Addiction*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/add.16524>

Heroinassistert behandling:

- Ellefsen, R., Wüsthoff, L. E. C., & Arnevik, E. A. (2023). Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00808-8>
- Melis, F., Hesse, M., Eide, D., Thylstrup, B., Tjagvad, C., Brummer, J. E., & Clausen, T. (2024). Who receives heroin-assisted treatment? A comparison of patients receiving opioid maintenance treatment in Denmark. *Drug and Alcohol Dependence*, 254, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111051>
- Myklebust, L. H., Eide, D., Arnevik, E. A., Dadras, O., Pirro, S. D., Ellefsen, R., Fadnes, L. T., Hesse, M., Kvamme, T. L., Melis, F., Oldervoll, A., Thylstrup, B., Wüsthoff, L. E. C., & Clausen, T. (2024). Evaluation of heroin-assisted treatment in Norway: protocol for a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 24, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10767-w>

Dødelighet:

- Eide, D., Skurtveit, S., Clausen, T., Hesse, M., Mravčík, V., Nechanská, B., Rolová, G., Thylstrup, B., Tjagvad, C., Seid, A. K., Odsbu, I., & Gabrhelík, R. (2023). Cause-Specific Mortality among Patients in Treatment for Opioid Use Disorder in Multiple Settings: A Prospective Comparative Cohort Study. *European Addiction Research*, 29(4), 272-284. <https://doi.org/10.1159/000530822>

- Ericson, Ø. B., Eide, D., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2024). Mortality risk and causes of death among people who use opioids in a take-home naloxone cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 255, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111087>
- Gabrhelík, R., Hesse, M., Nechanská, B., Handal, M., Mravčík, V., Tjagvad, C., Thylstrup, B., Seid, A. K., Bukten, A., Clausen, T., & Skurtveit, S. (2023). Large variations in all-cause and overdose mortality among >13,000 patients in and out of opioid maintenance treatment in different settings: a comparative registry linkage study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1179763>
- Rolová, G., Eide, D., Gabrhelík, R., Odsbu, I., Clausen, T., & Skurtveit, S. (2023). Gender differences in physical morbidity in opioid agonist treatment patients: population-based cohort studies from the Czech Republic and Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00557-8>

TABELLER OG STATISTIKK

NORGE OG REGIONER

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	665	564	1837	1673	2287	7026
Svarprosent	97 %	83 %	94 %	74 %	79 %	83 %
Kjønn						
Menn	68,7 %	69,9 %	70,5 %	70,5 %	68,3 %	69,6 %
Kvinner	31,3 %	30,1 %	29,5 %	29,5 %	31,7 %	30,4 %
Alder (gjennomsnitt)	46,4	47,4	48,7	47,3	49,0	48,1
A. Aktuell situasjon						
A0. Aktuell situasjon						
0. Ikke utskrevet	95,6 %	95,7 %	95,1 %	98,7 %	97,6 %	97,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,1 %	2,5 %	1,3 %	0,3 %	0,9 %	1,1 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,4 %	0,5 %	0,9 %	0,2 %	0,4 %	0,6 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,8 %	1,0 %	2,5 %	0,6 %	0,9 %	1,2 %
A1. Beskjeftigelse						
a. Yrkesstatus						
0. Uten beskjeftigelse	75,6 %	78,1 %	84,7 %	84,2 %	83,0 %	82,6 %
1. Heltidsjobb	12,8 %	11,2 %	8,7 %	9,8 %	7,5 %	9,2 %
2. Deltidsjobb	7,2 %	7,1 %	4,8 %	4,1 %	5,8 %	5,4 %
3. Under utdanning	1,7 %	0,2 %	1,2 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
9. Ukjent	2,3 %	3,2 %	0,3 %	0,7 %	2,6 %	1,5 %
b. Arbeidstrening/kurs						
0. Nei	92,5 %	91,2 %	92,6 %	89,8 %	89,9 %	91,0 %
1. Ja	4,8 %	3,8 %	5,7 %	6,7 %	6,4 %	5,9 %
9. Ukjent	2,7 %	5,0 %	1,7 %	3,5 %	3,6 %	3,1 %
c. Dagtilbud						
0. Nei	86,9 %	89,5 %	89,1 %	79,6 %	84,6 %	85,2 %
1. Ja	10,1 %	4,9 %	9,1 %	15,8 %	11,2 %	11,1 %
9. Ukjent	3,0 %	5,6 %	1,9 %	4,6 %	4,3 %	3,7 %
A2. Viktigste inntekt						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
1. Arbeidsinntekt	15,2 %	11,6 %	9,7 %	10,3 %	8,5 %	10,1 %
2. Forsørget av andre	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
3. Dagpenger	0,0 %	0,4 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %	0,6 %
4. Sykepenger	0,5 %	1,2 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %
5. AAP	8,6 %	9,8 %	9,5 %	11,8 %	12,1 %	10,8 %
6. Ufør/pensjon	69,2 %	68,0 %	75,2 %	67,7 %	69,2 %	70,3 %
7. Sosial stønad	2,3 %	2,1 %	2,0 %	4,9 %	4,2 %	3,4 %
8. Studielån	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	4,2 %	6,8 %	2,2 %	3,4 %	4,3 %	3,7 %
A3. Boligforhold						
0. Ingen bolig	2,7 %	1,3 %	2,1 %	3,5 %	1,7 %	2,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,4 %	2,5 %	1,9 %	3,3 %	3,1 %	2,6 %
2. Institusjon	4,2 %	3,0 %	4,4 %	3,8 %	9,8 %	5,9 %
3. Fengsel	1,4 %	1,4 %	1,3 %	0,9 %	0,8 %	1,0 %
4. Hos foreldre	3,2 %	5,7 %	3,0 %	4,8 %	2,9 %	3,6 %
5. Hos andre	2,1 %	5,0 %	2,9 %	1,9 %	3,0 %	2,8 %
6. Egen bolig	82,9 %	76,7 %	83,1 %	81,0 %	75,5 %	79,6 %
10. Annet / Ukjent	2,3 %	4,3 %	1,4 %	0,8 %	3,2 %	2,2 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)						
a. HIV						
0. Ikke smittet	88,0 %	88,7 %	93,9 %	85,3 %	87,7 %	88,9 %
1. Smittet	0,2 %	0,9 %	0,9 %	1,3 %	1,6 %	1,1 %
9. Ukjent	11,9 %	10,4 %	5,2 %	13,4 %	10,7 %	10,0 %
b. Hepatitt C						
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	36,0 %	45,8 %	38,4 %	45,1 %	41,8 %	41,5 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	37,5 %	35,1 %	43,0 %	29,8 %	36,5 %	36,6 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	5,7 %	4,7 %	6,0 %	5,3 %	5,3 %	5,5 %
9. Ukjent hepatitt C-status	20,8 %	14,5 %	12,6 %	19,7 %	16,4 %	16,4 %
A6. LAR-Medikament						
0. Metadon	23,9 %	28,2 %	31,0 %	23,7 %	36,7 %	30,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	33,5 %	39,3 %	34,8 %	53,6 %	26,0 %	36,9 %
1a. Buprenorfin depot	24,1 %	15,3 %	23,0 %	9,3 %	23,2 %	19,2 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	9,8 %	8,3 %	6,3 %	1,5 %	4,1 %	5,0 %
3. SROM	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,6 %	0,8 %
5. Andre	7,5 %	8,1 %	4,6 %	9,7 %	7,8 %	7,4 %
9. Ukjent	1,2 %	0,9 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)						
0. Metadon	78,3	92,7	88,0	93,8	90,5	89,6
1. Buprenofin (Subutex)	15,1	15,7	15,2	14,2	14,3	14,7
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,1	14,4	14,2	10,8	12,2	13,9
A8. Forskrivende lege						
0. Lege ansatt i LAR-enhet	57,3 %	55,6 %	66,4 %	96,0 %	56,3 %	68,5 %
1. Fastlege	39,2 %	42,3 %	32,0 %	3,5 %	37,7 %	28,5 %
2. Annen lege	1,8 %	0,8 %	1,5 %	0,2 %	4,9 %	2,3 %
9. Ukjent	1,7 %	1,3 %	0,1 %	0,2 %	1,1 %	0,7 %
A9. Spesielle forhold						
a. Informert om klagerett?						
0. Nei						
1. Ja						
2. Usikker						
9. Ukjent						
b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	60,0 %	43,3 %	58,5 %	59,3 %	52,6 %	55,7 %
1. Ja	35,5 %	50,4 %	38,4 %	37,5 %	41,6 %	39,9 %
9. Ukjent	4,5 %	6,4 %	3,1 %	3,1 %	5,8 %	4,4 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?						
0. Nei	93,4 %	79,1 %	79,2 %	94,2 %	83,0 %	85,3 %
1. Ja	1,7 %	5,8 %	8,6 %	3,6 %	5,7 %	5,6 %
9. Ukjent	5,0 %	15,1 %	12,2 %	2,2 %	11,3 %	9,1 %
A10. LAR-medikamentutlevering						
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,3	2,7	2,7	2,9	3,1	2,8
b. Derav antall utlevert overvåket	2,3	2,8	2,6	2,8	3,4	2,9
c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-enhet	24,1 %	16,6 %	21,6 %	39,5 %	25,4 %	26,9 %
1. Apotek	39,1 %	44,3 %	38,0 %	26,3 %	45,4 %	38,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	25,9 %	28,6 %	33,8 %	22,0 %	18,3 %	24,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,5 %	4,4 %	5,1 %	5,3 %	8,4 %	6,3 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
4. Legekontor	2,3 %	4,4 %	0,6 %	4,2 %	0,4 %	1,9 %
10. Annet	0,8 %	0,5 %	0,8 %	2,5 %	1,4 %	1,4 %
9. Ukjent	1,5 %	1,3 %	0,1 %	0,2 %	0,6 %	0,5 %
A11. Urinprøveordning						
a. Type avtale						
0. Ingen urinprøver	44,1 %	51,4 %	46,3 %	42,4 %	45,1 %	45,2 %
1. Stikkprøver	34,9 %	26,2 %	28,3 %	20,8 %	33,8 %	28,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	17,1 %	14,1 %	24,6 %	34,2 %	15,5 %	22,4 %
9. Ukjent	3,9 %	8,3 %	0,8 %	2,5 %	5,6 %	3,6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO						
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker						
a. Målsetting for behandlingen						
0. Rehab med rusfrihet	69,8 %	62,2 %	67,2 %	68,1 %	71,5 %	68,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	26,5 %	25,6 %	29,9 %	27,2 %	23,6 %	26,5 %
9. Ikke avtalt	3,8 %	12,3 %	2,9 %	4,6 %	4,9 %	4,8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten						
0. Ikke overført	41,5 %	64,5 %	79,3 %	96,0 %	78,1 %	78,1 %
1. Overført	56,5 %	32,8 %	20,2 %	3,7 %	19,3 %	20,5 %
9. Annet / Ukjent	2,0 %	2,7 %	0,4 %	0,3 %	2,6 %	1,4 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging						
0. Nei	35,3 %	46,3 %	54,3 %	49,2 %	49,7 %	49,2 %
1. Ja	57,7 %	42,1 %	41,0 %	44,5 %	44,1 %	44,5 %
9. Ukjent	6,9 %	11,6 %	4,6 %	6,3 %	6,1 %	6,3 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?						
0. Nei	83,8 %	80,7 %	88,9 %	76,8 %	78,1 %	81,4 %
1. Ja	10,5 %	11,3 %	9,4 %	17,8 %	16,7 %	14,0 %
9. Ukjent	5,7 %	8,1 %	1,7 %	5,4 %	5,2 %	4,6 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	60,6 %	83,1 %	92,7 %	63,8 %	74,2 %	76,0 %
1. Ja	28,4 %	4,1 %	3,5 %	15,1 %	10,5 %	11,0 %
9. Ukjent	11,0 %	12,8 %	3,8 %	21,1 %	15,3 %	13,0 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling						
0. Nei						
1. Ja						
9. Ukjent						
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	77,6 %	71,8 %	65,7 %	70,1 %	68,9 %	69,4 %
1. Ja	17,6 %	20,4 %	33,9 %	28,5 %	26,5 %	27,6 %
9. Ukjent	4,8 %	7,9 %	0,4 %	1,4 %	4,6 %	3,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	69,5 %	64,4 %	74,8 %	63,8 %	68,3 %	68,7 %
1. Ja	15,6 %	12,9 %	14,1 %	16,0 %	18,5 %	16,0 %
9. Ukjent	14,9 %	22,7 %	11,1 %	20,2 %	13,2 %	15,2 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	63,2 %	53,0 %	65,8 %	53,4 %	59,0 %	59,4 %
1. Ja	22,7 %	25,0 %	23,9 %	27,7 %	27,5 %	25,9 %
9. Ukjent	14,1 %	22,1 %	10,3 %	19,0 %	13,4 %	14,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	78,5 %	70,3 %	83,4 %	75,5 %	78,1 %	78,3 %
1. Ja	7,1 %	6,5 %	6,8 %	6,1 %	8,3 %	7,1 %
9. Ukjent	14,4 %	23,2 %	9,8 %	18,5 %	13,6 %	14,6 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei						
1. Ja						
9. Ukjent						
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	75,8 %	72,1 %	75,7 %	73,4 %	72,5 %	73,8 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
1. Ja	8,4 %	5,4 %	9,4 %	7,1 %	11,6 %	9,2 %
9. Ukjent	15,8 %	22,5 %	14,9 %	19,4 %	15,9 %	17,0 %
b. Cannabis						
0. Nei	57,3 %	47,5 %	53,0 %	50,3 %	52,9 %	52,3 %
1. Ja	26,2 %	31,5 %	32,0 %	31,3 %	29,6 %	30,4 %
9. Ukjent	16,5 %	21,0 %	15,0 %	18,4 %	17,5 %	17,3 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	54,0 %	45,0 %	51,8 %	55,7 %	53,9 %	53,1 %
1. Ja	31,3 %	36,0 %	36,5 %	31,1 %	32,7 %	33,4 %
9. Ukjent	14,7 %	19,1 %	11,7 %	13,1 %	13,5 %	13,5 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	72,3 %	63,7 %	69,1 %	61,5 %	67,5 %	66,7 %
1. Ja	12,2 %	15,0 %	15,8 %	20,6 %	15,2 %	16,3 %
9. Ukjent	15,5 %	21,3 %	15,1 %	17,9 %	17,3 %	17,0 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	75,6 %	69,0 %	72,7 %	70,5 %	70,8 %	71,5 %
1. Ja	6,9 %	6,9 %	10,8 %	7,9 %	10,7 %	9,4 %
9. Ukjent	17,4 %	24,1 %	16,5 %	21,6 %	18,5 %	19,1 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker						
0. Aldri	48,0 %	35,4 %	40,0 %	39,0 %	39,4 %	40,0 %
1. Få enkeltepisoder	16,8 %	16,5 %	15,0 %	18,8 %	18,1 %	17,2 %
2. Regelmessig bruk	22,3 %	24,5 %	33,0 %	27,4 %	28,5 %	28,5 %
9. Ukjent	12,9 %	23,6 %	11,9 %	14,8 %	14,1 %	14,3 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker						
0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,4 %	45,4 %	47,2 %	50,3 %	48,0 %	48,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	21,1 %	19,7 %	20,2 %	20,6 %	22,3 %	21,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,6 %	11,1 %	18,5 %	14,0 %	15,1 %	15,1 %
9. Ukjent	12,9 %	23,9 %	14,1 %	15,0 %	14,5 %	15,1 %
C. SISTE ÅR						
C1. Lovbrudd siste år						
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	80,3 %	68,1 %	78,2 %	73,6 %	73,9 %	75,1 %
1. Ja	9,6 %	6,6 %	8,6 %	7,5 %	7,3 %	7,9 %
9. Ukjent	10,1 %	25,3 %	13,2 %	18,9 %	18,8 %	17,0 %
C2. Overdose siste år						
0. Nei	82,9 %	73,7 %	84,1 %	79,3 %	80,7 %	80,9 %
1. Ja	7,1 %	4,3 %	6,9 %	9,8 %	7,0 %	7,4 %
9. Ukjent	10,1 %	22,0 %	9,1 %	10,9 %	12,2 %	11,7 %
C3. Suicidforsøk siste år						
0. Nei	77,6 %	84,7 %	88,4 %	81,6 %	85,4 %	84,4 %
1. Ja	4,1 %	2,7 %	2,4 %	2,4 %	2,1 %	2,3 %
9. Ukjent	18,4 %	12,6 %	9,2 %	16,0 %	12,5 %	13,3 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år						
0. Aldri	38,5 %	35,1 %	34,4 %	28,5 %	31,6 %	32,5 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	22,9 %	17,1 %	21,4 %	27,6 %	26,5 %	24,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,4 %	29,0 %	35,8 %	32,5 %	30,1 %	31,8 %
9. Ukjent	11,3 %	18,9 %	8,4 %	11,3 %	11,8 %	11,3 %
C5. Fornøydhet						
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	55,2 %	54,6 %	65,3 %	55,6 %	58,0 %	58,8 %
1. Både-og	17,3 %	15,5 %	15,3 %	16,1 %	16,5 %	16,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,3 %	6,1 %	2,7 %	3,5 %	4,3 %	3,9 %
9. Ukjent	22,3 %	23,8 %	16,7 %	24,8 %	21,2 %	21,1 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	65,9 %	51,8 %	71,8 %	62,7 %	70,2 %	67,0 %
1. Både-og	25,1 %	24,0 %	23,6 %	31,0 %	23,3 %	25,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,9 %	2,0 %	2,7 %	2,7 %	2,1 %	2,6 %
9. Ukjent	5,1 %	22,2 %	1,9 %	3,7 %	4,4 %	5,1 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?						
0. Nei	78,9 %	83,0 %	85,1 %	73,3 %	79,6 %	79,7 %
1. Ja	13,5 %	9,3 %	12,1 %	18,4 %	13,9 %	14,1 %
9. Ukjent	7,5 %	7,7 %	2,7 %	8,3 %	6,6 %	6,2 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	25,4 %	28,4 %	24,3 %	30,2 %	26,1 %	26,7 %
1. Ja	74,4 %	70,7 %	75,6 %	69,4 %	73,8 %	73,0 %
9. Ukjent	0,2 %	0,9 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
b. Medarbeider						
0. Nei	79,5 %	83,4 %	72,4 %	87,0 %	68,5 %	76,3 %
1. Ja	20,5 %	15,8 %	27,4 %	11,3 %	31,1 %	23,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,8 %	0,2 %	1,8 %	0,4 %	0,7 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	95,9 %	94,4 %	84,8 %	95,2 %	86,8 %	89,8 %
1. Ja	4,1 %	4,6 %	15,0 %	2,5 %	12,8 %	9,4 %
9. Ukjent	0,0 %	1,0 %	0,2 %	2,3 %	0,4 %	0,8 %

Sør

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
Antall svar	348	312	191	344	642
Svarprosent	99,1 %	93,7 %	63,7 %	100,3 %	104,1 %
Kjønn					
Menn	69,8 %	72,1 %	69,6 %	75,6 %	67,6 %
Kvinner	30,2 %	27,9 %	30,4 %	24,4 %	32,4 %
Alder (gjennomsnitt)	49,8	49,0	49,7	48,9	47,5
A. Aktuell situasjon					
A0. Aktuell situasjon					
0. Ikke utskrevet	89,2 %	94,0 %	98,9 %	98,5 %	94,7 %
1. Eget ønske om avvenning	2,6 %	2,1 %	0,0 %	0,6 %	1,4 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	1,6 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,9 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	7,4 %	3,0 %	0,0 %	0,3 %	2,4 %
A1. Beskjeftigelse					
a. Yrkesstatus					
0. Uten beskjeftigelse	81,9 %	86,5 %	88,4 %	84,6 %	84,3 %
1. Heltidsjobb	11,2 %	5,4 %	7,4 %	11,6 %	7,8 %
2. Deltidsjobb	5,2 %	6,1 %	3,2 %	2,9 %	5,5 %
3. Under utdanning	1,4 %	1,0 %	0,5 %	0,6 %	1,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
9. Ukjent	0,0 %	1,0 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %
b. Arbeidstrening/kurs					
0. Nei	95,1 %	96,5 %	96,3 %	91,0 %	89,3 %
1. Ja	3,8 %	2,9 %	3,7 %	2,9 %	10,1 %
9. Ukjent	1,2 %	0,6 %	0,0 %	6,1 %	0,6 %
c. Dagtilbud					
0. Nei	93,3 %	95,2 %	95,8 %	81,7 %	85,8 %
1. Ja	5,8 %	4,2 %	3,7 %	11,6 %	13,4 %
9. Ukjent	0,9 %	0,6 %	0,5 %	6,7 %	0,8 %
A2. Viktigste inntekt					
1. Arbeidsinntekt	12,1 %	6,7 %	8,4 %	12,8 %	8,7 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
2. Forsørget av andre	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
3. Dagpenger	0,6 %	0,6 %	0,0 %	1,2 %	0,2 %
4. Sykepenger	0,6 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
5. AAP	10,9 %	8,0 %	12,6 %	6,1 %	10,4 %
6. Ufør/pensjon	70,1 %	76,9 %	74,7 %	73,3 %	78,2 %
7. Sosial stønad	3,4 %	3,2 %	0,0 %	3,5 %	0,3 %
8. Studielån	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	1,7 %	3,2 %	3,7 %	2,9 %	1,1 %
A3. Boligforhold					
0. Ingen bolig	1,8 %	0,6 %	0,0 %	3,2 %	3,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,6 %	2,6 %	4,2 %	0,6 %	0,6 %
2. Institusjon	3,0 %	5,8 %	11,1 %	3,5 %	3,0 %
3. Fengsel	0,9 %	1,0 %	1,1 %	2,0 %	1,2 %
4. Hos foreldre	2,1 %	3,2 %	1,6 %	2,6 %	3,9 %
5. Hos andre	2,4 %	2,3 %	2,1 %	5,5 %	2,2 %
6. Egen bolig	84,9 %	83,2 %	80,0 %	81,4 %	84,1 %
10. Annet / Ukjent	1,2 %	1,3 %	0,0 %	1,2 %	2,0 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)					
a. HIV					
0. Ikke smittet	90,7 %	96,5 %	94,7 %	90,1 %	96,1 %
1. Smittet	1,5 %	1,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %
9. Ukjent	7,8 %	2,6 %	5,3 %	9,0 %	3,0 %
b. Hepatitt C					
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	32,7 %	42,5 %	42,6 %	33,2 %	41,1 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	46,9 %	44,2 %	29,3 %	44,9 %	43,4 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	7,9 %	2,6 %	5,3 %	4,7 %	7,5 %
9. Ukjent hepatitt C-status	12,5 %	10,7 %	22,9 %	17,2 %	8,0 %
A6. LAR-Medikament					
0. Metadon	19,4 %	46,0 %	51,3 %	25,6 %	26,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	31,0 %	24,1 %	31,2 %	38,4 %	41,1 %
1a. Buprenorfin depot	34,5 %	18,6 %	7,4 %	24,7 %	22,6 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	10,7 %	5,5 %	6,9 %	7,3 %	3,6 %
3. SROM	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	4,1 %	5,5 %	3,2 %	3,8 %	5,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)					
0. Metadon	80,2	89,9	91,9	81,4	90,7
1. Buprenofin (Subutex)	16,9	12,7	16,1	12,2	16,4
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,0	11,1	14,8	15,8	15,0
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-enhet	70,5 %	22,1 %	16,9 %	87,5 %	88,8 %
1. Fastlege	27,1 %	76,0 %	79,4 %	11,6 %	10,3 %
2. Annen lege	2,4 %	1,9 %	3,7 %	0,6 %	0,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
A9. Spesielle forhold					
a. Informert om klagerett?					
0. Nei					
1. Ja					
2. Usikker					
9. Ukjent					
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	65,4 %	49,5 %	63,7 %	57,6 %	58,1 %
1. Ja	29,1 %	48,2 %	35,8 %	39,8 %	38,6 %
9. Ukjent	5,5 %	2,3 %	0,5 %	2,6 %	3,3 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	73,3 %	75,9 %	56,4 %	95,9 %	81,6 %
1. Ja	19,0 %	9,3 %	5,9 %	1,2 %	7,5 %
9. Ukjent	7,8 %	14,8 %	37,8 %	2,9 %	10,9 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	3,2	3,1	2,5	2,3
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	3,1	2,9	2,4	2,4
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-enhet	64,6 %	2,6 %	4,8 %	13,7 %	17,6 %
1. Apotek	15,6 %	42,3 %	65,4 %	30,2 %	43,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	16,2 %	48,2 %	17,6 %	50,0 %	32,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,3 %	5,2 %	11,7 %	4,7 %	4,4 %
4. Legekontor	0,0 %	1,6 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	1,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
A11. Urinprøveordning					
a. Type avtale					
0. Ingen prøver	59,5 %	19,6 %	60,8 %	35,8 %	53,6 %
1. Stikkprøver	34,4 %	31,2 %	25,9 %	33,1 %	21,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	5,5 %	48,9 %	11,6 %	29,7 %	24,1 %
9. Ukjent	0,6 %	0,3 %	1,6 %	1,5 %	0,5 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO					
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker					
a. Målsetting for behandlingen					
0. Rehab med rusfrihet	58,2 %	71,1 %	80,0 %	61,6 %	69,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	38,9 %	25,1 %	19,5 %	34,3 %	28,0 %
9. Ikke avtalt	2,9 %	3,9 %	0,5 %	4,1 %	2,5 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	95,7 %	96,5 %	17,5 %	92,2 %	73,5 %
1. Overført	4,0 %	3,2 %	81,0 %	7,3 %	26,3 %
9. Annet / Ukjent	0,3 %	0,3 %	1,6 %	0,6 %	0,2 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	61,3 %	70,1 %	38,8 %	52,3 %	48,6 %
1. Ja	35,8 %	19,3 %	54,8 %	42,7 %	49,4 %
9. Ukjent	2,9 %	10,6 %	6,4 %	4,9 %	2,0 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?					
0. Nei	86,1 %	90,0 %	84,2 %	86,0 %	92,7 %
1. Ja	11,3 %	9,0 %	14,7 %	10,5 %	6,4 %
9. Ukjent	2,6 %	1,0 %	1,1 %	3,5 %	0,9 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	91,0 %	96,8 %	94,2 %	89,0 %	93,1 %
1. Ja	3,2 %	0,3 %	3,7 %	5,8 %	3,9 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
9. Ukjent	5,8 %	2,9 %	2,1 %	5,2 %	3,0 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling					
0. Nei					
1. Ja					
9. Ukjent					
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	86,1 %	35,5 %	73,3 %	75,3 %	62,1 %
1. Ja	13,3 %	64,5 %	25,7 %	23,5 %	37,9 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	1,1 %	1,2 %	0,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	73,0 %	67,9 %	91,0 %	72,4 %	75,7 %
1. Ja	16,4 %	13,5 %	6,4 %	13,4 %	15,8 %
9. Ukjent	10,6 %	18,6 %	2,7 %	14,2 %	8,6 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	63,0 %	53,2 %	80,9 %	66,3 %	68,8 %
1. Ja	26,3 %	31,7 %	16,5 %	20,3 %	22,8 %
9. Ukjent	10,7 %	15,1 %	2,7 %	13,4 %	8,4 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	82,9 %	81,1 %	88,9 %	79,1 %	85,5 %
1. Ja	6,4 %	3,2 %	8,5 %	9,0 %	7,0 %
9. Ukjent	10,7 %	15,7 %	2,6 %	11,9 %	7,5 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	73,3 %	75,9 %	56,4 %	77,3 %	81,6 %
1. Ja	19,0 %	9,3 %	5,9 %	5,5 %	7,5 %
9. Ukjent	7,8 %	14,8 %	37,8 %	17,2 %	10,9 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
b. Cannabis					
0. Nei	55,2 %	48,7 %	50,5 %	48,7 %	57,0 %
1. Ja	36,5 %	35,3 %	9,0 %	35,6 %	32,7 %
9. Ukjent	8,3 %	16,0 %	40,4 %	15,7 %	10,3 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	53,0 %	39,1 %	46,3 %	58,0 %	55,6 %
1. Ja	39,8 %	47,8 %	17,0 %	35,9 %	35,2 %
9. Ukjent	7,2 %	13,1 %	36,7 %	6,1 %	9,2 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	69,1 %	71,2 %	55,1 %	67,9 %	72,9 %
1. Ja	20,5 %	12,8 %	6,4 %	17,2 %	16,7 %
9. Ukjent	10,4 %	16,0 %	38,5 %	14,9 %	10,4 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	73,2 %	72,0 %	51,6 %	70,0 %	80,2 %
1. Ja	14,5 %	11,6 %	5,9 %	12,8 %	8,9 %
9. Ukjent	12,4 %	16,4 %	42,5 %	17,2 %	10,9 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	40,3 %	27,7 %	41,8 %	37,9 %	46,5 %
1. Få enkeltepisoder	14,8 %	17,0 %	9,5 %	16,9 %	14,8 %
2. Regelmessig bruk	38,3 %	42,1 %	14,8 %	33,5 %	30,9 %
9. Ukjent	6,7 %	13,2 %	33,9 %	11,7 %	7,8 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	48,7 %	38,2 %	45,2 %	43,7 %	53,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,0 %	22,9 %	15,4 %	25,1 %	20,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	28,3 %	12,4 %	5,9 %	18,1 %	20,1 %
9. Ukjent	7,0 %	26,5 %	33,5 %	13,1 %	6,9 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	81,7 %	72,7 %	70,5 %	79,9 %	80,4 %
1. Ja	7,8 %	7,4 %	4,7 %	10,2 %	9,8 %
9. Ukjent	10,5 %	19,9 %	24,7 %	9,9 %	9,8 %
C2. Overdose siste år					
0. Nei	82,9 %	77,2 %	86,2 %	85,1 %	86,8 %
1. Ja	11,0 %	7,1 %	4,8 %	7,3 %	5,0 %
9. Ukjent	6,1 %	15,7 %	9,0 %	7,6 %	8,3 %
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	88,5 %	79,7 %	91,0 %	90,4 %	90,8 %
1. Ja	3,8 %	2,6 %	1,1 %	2,6 %	1,9 %
9. Ukjent	7,7 %	17,7 %	7,9 %	7,0 %	7,3 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	37,1 %	24,1 %	47,1 %	29,2 %	36,9 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	16,3 %	24,4 %	12,3 %	26,5 %	22,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	43,0 %	40,4 %	24,1 %	33,8 %	34,3 %
9. Ukjent	3,6 %	11,1 %	16,6 %	10,5 %	6,2 %
C5. Fornøydhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	72,6 %	62,7 %	52,4 %	66,5 %	65,7 %
1. Både-og	16,6 %	7,1 %	14,3 %	19,8 %	16,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	1,3 %	1,6 %	2,0 %	4,0 %
9. Ukjent	7,9 %	28,9 %	31,7 %	11,7 %	13,7 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	75,8 %	78,8 %	67,7 %	60,1 %	73,7 %
1. Både-og	18,4 %	15,7 %	25,9 %	36,1 %	22,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,7 %	1,3 %	2,1 %	2,1 %	3,0 %
9. Ukjent	1,2 %	4,2 %	4,2 %	1,8 %	0,5 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	81,3 %	87,5 %	80,6 %	82,8 %	88,6 %
1. Ja	17,3 %	6,8 %	16,7 %	14,3 %	9,5 %
9. Ukjent	1,4 %	5,8 %	2,7 %	2,9 %	1,9 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	16,8 %	29,5 %	62,6 %	21,3 %	16,0 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
1. Ja	83,2 %	70,5 %	36,3 %	78,7 %	84,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider					
0. Nei	85,1 %	49,4 %	41,6 %	83,1 %	80,3 %
1. Ja	14,9 %	50,6 %	56,8 %	16,9 %	19,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	97,0 %	58,3 %	80,6 %	93,9 %	87,9 %
1. Ja	3,0 %	41,7 %	18,3 %	5,8 %	12,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,3 %	0,0 %

Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Antall svar	868	498	256	51
Svarprosent	72,9 %	78,2 %	73,1 %	52,0 %
Kjønn				
Menn	70,7 %	68,9 %	72,3 %	74,5 %
Kvinner	29,3 %	31,1 %	27,7 %	25,5 %
Alder (gjennomsnitt)	47,1	47,0	48,9 e	46,0
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	99,3 %	98,4 %	97,3 %	100,0 %
1. Eget ønske om avvenning	0,2 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,1 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
10. Annet	0,2 %	1,4 %	0,4 %	0,0 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	88,1 %	79,7 %	81,6 %	74,5 %
1. Heltidsjobb	7,2 %	13,3 %	12,1 %	9,8 %
2. Deltidsjobb	3,1 %	5,5 %	2,3 %	15,7 %
3. Under utdanning	0,6 %	0,6 %	2,3 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,4 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	0,8 %	0,4 %	0,8 %	0,0 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	89,5 %	90,8 %	91,0 %	80,4 %
1. Ja	6,3 %	6,4 %	6,3 %	19,6 %
9. Ukjent	4,3 %	2,9 %	2,7 %	0,0 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	78,5 %	81,1 %	82,0 %	70,6 %
1. Ja	15,3 %	15,4 %	15,6 %	29,4 %
9. Ukjent	6,3 %	3,5 %	2,3 %	0,0 %
A2. Viktigste inntekt				
1. Arbeidsinntekt	8,0 %	13,3 %	11,7 %	11,8 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
3. Dagpenger	0,7 %	1,6 %	0,8 %	0,0 %
4. Sykepenger	0,7 %	1,0 %	0,8 %	0,0 %
5. AAP	12,3 %	10,2 %	11,3 %	21,6 %
6. Uføør/pensjon	66,2 %	67,6 %	74,2 %	62,7 %
7. Sosial stønad	6,8 %	3,9 %	0,8 %	3,9 %
8. Studielån	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	5,3 %	2,0 %	0,4 %	0,0 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	4,5 %	3,3 %	1,2 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,9 %	3,7 %	0,8 %	0,0 %
2. Institusjon	3,8 %	4,7 %	2,0 %	3,9 %
3. Fengsel	0,9 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	5,9 %	3,7 %	3,1 %	3,9 %
5. Hos andre	2,7 %	1,2 %	0,8 %	2,0 %
6. Egen bolig	77,3 %	81,1 %	91,8 %	88,2 %
10. Annet / Ukjent	0,9 %	0,8 %	0,4 %	2,0 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	81,1 %	88,5 %	91,4 %	94,1 %
1. Smittet	1,2 %	1,4 %	1,2 %	2,0 %
9. Ukjent	17,7 %	10,0 %	7,4 %	3,9 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	50,9 %	38,6 %	56,9 %	35,5 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	23,8 %	36,1 %	21,6 %	39,8 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	4,2 %	4,7 %	11,8 %	9,0 %
9. Ukjent hepatitt C-status	21,1 %	20,5 %	9,8 %	15,6 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	30,1 %	19,5 %	13,7 %	5,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	44,4 %	61,4 %	67,6 %	66,7 %
1a. Buprenorfin depot	7,4 %	10,0 %	12,5 %	17,6 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	0,6 %	3,0 %	1,6 %	3,9 %
3. SROM	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Heroin	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	13,8 %	5,9 %	3,9 %	5,9 %
9. Ukjent	0,7 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Metadon	96,4	89,9	85,9	93,3
1. Buprenofin (Subutex)	15,0	13,3	13,9	13,9
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,5	10,0	0,0	12,0
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-enhet	99,5 %	97,5 %	82,8 %	88,2 %
1. Fastlege	0,0 %	2,0 %	16,4 %	11,8 %
2. Annen lege	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,1 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Informert om klagerett?				
0. Nei				
1. Ja				
2. Usikker				
9. Ukjent				
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	56,3 %	63,0 %	62,1 %	60,8 %
1. Ja	39,7 %	34,7 %	35,2 %	39,2 %
9. Ukjent	3,9 %	2,3 %	2,7 %	0,0 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	94,1 %	93,4 %	94,9 %	100,0 %
1. Ja	3,1 %	5,1 %	2,7 %	0,0 %
9. Ukjent	2,8 %	1,4 %	2,3 %	0,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,8	3,1	3,0	1,9
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	2,8	3,1	1,9
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-enhet	55,7 %	22,1 %	23,0 %	15,7 %
1. Apotek	23,2 %	24,7 %	39,1 %	29,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,0 %	32,9 %	32,0 %	52,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,0 %	8,0 %	2,3 %	0,0 %
4. Legekontor	2,8 %	7,8 %	2,3 %	2,0 %
10. Annet	2,2 %	4,5 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	0,1 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	48,4 %	38,9 %	28,1 %	47,1 %
1. Stikkprøver	21,2 %	15,8 %	26,2 %	35,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	28,1 %	42,8 %	41,8 %	17,6 %
9. Ukjent	2,3 %	2,5 %	3,9 %	0,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	0,4	0,4	0,3
B. SISTE FIRE UKER FØR				
UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning				
siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	61,9 %	77,0 %	70,7 %	74,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	30,8 %	21,5 %	27,0 %	23,5 %
9. Ikke avtalt	7,3 %	1,4 %	2,3 %	2,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	99,4 %	97,5 %	82,4 %	92,2 %
1. Overført	0,5 %	2,2 %	16,4 %	7,8 %
9. Annet / Ukjent	0,1 %	0,2 %	1,2 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	51,7 %	46,5 %	51,6 %	21,6 %
1. Ja	41,7 %	45,7 %	44,9 %	76,5 %
9. Ukjent	6,5 %	7,8 %	3,5 %	2,0 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?				
0. Nei	76,5 %	76,8 %	79,3 %	68,6 %
1. Ja	18,2 %	17,6 %	13,7 %	31,4 %
9. Ukjent	5,2 %	5,5 %	7,0 %	0,0 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	63,1 %	60,2 %	74,2 %	58,8 %
1. Ja	10,7 %	23,0 %	10,2 %	39,2 %
9. Ukjent	26,2 %	16,8 %	15,6 %	2,0 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Nei				
1. Ja				
9. Ukjent				
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	77,6 %	68,0 %	53,9 %	45,1 %
1. Ja	21,0 %	31,6 %	42,6 %	54,9 %
9. Ukjent	1,4 %	0,4 %	3,5 %	0,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	57,9 %	65,8 %	73,4 %	94,1 %
1. Ja	17,5 %	16,4 %	12,1 %	5,9 %
9. Ukjent	24,5 %	17,8 %	14,5 %	0,0 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	48,9 %	53,7 %	61,7 %	82,4 %
1. Ja	28,6 %	28,9 %	24,2 %	17,6 %
9. Ukjent	22,4 %	17,4 %	14,1 %	0,0 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	71,2 %	78,9 %	79,2 %	96,1 %
1. Ja	7,5 %	4,7 %	4,3 %	3,9 %
9. Ukjent	21,4 %	16,4 %	16,5 %	0,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	68,5 %	77,4 %	78,8 %	90,2 %
1. Ja	9,7 %	4,1 %	4,7 %	5,9 %
9. Ukjent	21,8 %	18,5 %	16,5 %	3,9 %
b. Cannabis				
0. Nei	46,3 %	55,4 %	51,4 %	64,7 %
1. Ja	31,9 %	27,9 %	35,3 %	33,3 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
9. Ukjent	21,8 %	16,6 %	13,3 %	2,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	52,6 %	61,0 %	52,5 %	74,5 %
1. Ja	32,9 %	28,1 %	32,5 %	23,5 %
9. Ukjent	14,6 %	10,9 %	14,9 %	2,0 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	57,2 %	64,1 %	65,1 %	90,2 %
1. Ja	23,8 %	17,5 %	18,0 %	9,8 %
9. Ukjent	19,0 %	18,5 %	16,9 %	0,0 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	66,5 %	73,7 %	72,9 %	96,1 %
1. Ja	8,5 %	7,6 %	7,1 %	3,9 %
9. Ukjent	25,0 %	18,7 %	20,0 %	0,0 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	34,3 %	43,3 %	43,5 %	52,9 %
1. Få enkeltepisoder	21,4 %	16,8 %	14,1 %	17,6 %
2. Regelmessig bruk	27,2 %	24,2 %	34,1 %	27,5 %
9. Ukjent	17,2 %	15,6 %	8,2 %	2,0 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	48,4 %	50,1 %	53,3 %	70,6 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,4 %	19,3 %	16,9 %	21,6 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,3 %	15,4 %	18,8 %	5,9 %
9. Ukjent	16,9 %	15,2 %	11,0 %	2,0 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	68,8 %	76,8 %	79,6 %	94,1 %
1. Ja	7,5 %	7,8 %	7,5 %	5,9 %
9. Ukjent	23,7 %	15,4 %	12,9 %	0,0 %
C2. Overdose siste år				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Nei	76,3 %	81,6 %	81,6 %	98,0 %
1. Ja	12,0 %	7,8 %	7,8 %	2,0 %
9. Ukjent	11,8 %	10,7 %	10,6 %	0,0 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	78,2 %	83,8 %	85,5 %	98,0 %
1. Ja	2,0 %	3,3 %	2,0 %	2,0 %
9. Ukjent	19,8 %	12,9 %	12,5 %	0,0 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	24,9 %	30,8 %	32,9 %	45,1 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	28,0 %	30,2 %	21,6 %	27,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	34,3 %	27,1 %	38,4 %	25,5 %
9. Ukjent	12,8 %	11,9 %	7,1 %	2,0 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	49,9 %	59,7 %	61,9 %	80,4 %
1. Både-og	15,9 %	16,9 %	15,1 %	15,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,2 %	4,3 %	6,3 %	3,9 %
9. Ukjent	32,0 %	19,1 %	16,7 %	0,0 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	61,8 %	59,8 %	66,3 %	87,5 %
1. Både-og	32,5 %	35,3 %	22,1 %	10,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,0 %	2,2 %	2,8 %	0,0 %
9. Ukjent	2,7 %	2,8 %	8,8 %	2,1 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	72,9 %	70,0 %	77,6 %	88,2 %
1. Ja	19,9 %	21,6 %	9,8 %	7,8 %
9. Ukjent	7,2 %	8,4 %	12,5 %	3,9 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	38,2 %	23,3 %	22,4 %	2,0 %
1. Ja	61,4 %	76,7 %	76,1 %	98,0 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	94,6 %	86,7 %	63,5 %	78,4 %
1. Ja	4,9 %	13,3 %	26,7 %	21,6 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	9,8 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	97,7 %	97,3 %	85,1 %	82,4 %
1. Ja	1,9 %	2,7 %	1,6 %	17,6 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %

Øst

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
Antall svar	559	860	474	394
Svarprosent	63,7 %	84,3 %	85,1 %	91,0 %
Kjønn				
Menn	64,4 %	71,0 %	68,1 %	67,8 %
Kvinner	35,6 %	29,0 %	31,9 %	32,2 %
Alder (gjennomsnitt)	47,1	50,3	47,6	50,3
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	98,2 %	98,7 %	96,2 %	95,3 %
1. Eget ønske om avvenning	1,4 %	0,1 %	1,1 %	2,3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,4 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
10. Annet	0,0 %	0,9 %	1,5 %	1,9 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	78,3 %	84,5 %	86,6 %	82,0 %
1. Heltidsjobb	9,4 %	7,3 %	6,4 %	6,6 %
2. Deltidsjobb	3,6 %	5,2 %	5,3 %	10,4 %
3. Under utdanning	0,9 %	1,4 %	0,4 %	0,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %
9. Ukjent	7,4 %	1,3 %	1,1 %	0,5 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	84,7 %	89,3 %	94,4 %	93,4 %
1. Ja	7,2 %	7,3 %	4,1 %	6,1 %
9. Ukjent	8,1 %	3,4 %	1,5 %	0,5 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	78,7 %	82,7 %	91,8 %	88,3 %
1. Ja	12,1 %	12,9 %	6,7 %	11,4 %
9. Ukjent	9,2 %	4,4 %	1,5 %	0,3 %
A2. Viktigste inntekt				
1. Arbeidsinntekt	8,8 %	8,6 %	7,4 %	9,2 %
2. Forsørget av andre	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
3. Dagpenger	0,5 %	1,4 %	0,2 %	0,3 %
4. Sykepenger	1,1 %	0,9 %	0,7 %	0,3 %
5. AAP	13,8 %	14,1 %	10,6 %	7,1 %
6. Uføør/pensjon	63,0 %	67,0 %	72,7 %	78,6 %
7. Sosial stønad	4,1 %	5,0 %	3,3 %	3,8 %
8. Studielån	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	8,3 %	2,9 %	5,0 %	0,8 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	1,1 %	2,2 %	1,7 %	1,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,6 %	5,2 %	3,1 %	0,8 %
2. Institusjon	3,8 %	18,8 %	5,2 %	3,9 %
3. Fengsel	1,1 %	0,8 %	0,4 %	0,8 %
4. Hos foreldre	4,7 %	1,9 %	3,9 %	1,3 %
5. Hos andre	2,5 %	2,6 %	3,7 %	3,6 %
6. Egen bolig	78,3 %	67,3 %	78,2 %	86,7 %
10. Annet / Ukjent	7,0 %	1,2 %	3,7 %	1,6 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	84,1 %	87,6 %	87,4 %	93,4 %
1. Smittet	1,8 %	1,9 %	1,3 %	1,0 %
9. Ukjent	14,1 %	10,6 %	11,3 %	5,6 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	44,1 %	46,0 %	36,7 %	35,4 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	34,8 %	34,0 %	33,0 %	48,6 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	7,0 %	4,3 %	5,4 %	5,2 %
9. Ukjent hepatitt C-status	14,1 %	15,7 %	24,8 %	10,9 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	39,0 %	40,4 %	29,9 %	35,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	25,5 %	21,6 %	24,8 %	35,0 %
1a. Buprenorfin depot	25,2 %	20,8 %	34,4 %	10,7 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	5,9 %	2,4 %	3,4 %	5,1 %
3. SROM	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %
4. Heroin	0,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	4,1 %	8,4 %	6,8 %	13,3 %
9. Ukjent	0,2 %	0,8 %	0,6 %	0,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
0. Metadon	97,3	87,5	79,4	96,2
1. Buprenofin (Subutex)	14,4	15,6	13,6	13,4
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,0	11,1	13,9	12,0
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-enhet	43,7 %	57,1 %	90,8 %	32,0 %
1. Fastlege	52,3 %	32,3 %	8,5 %	62,9 %
2. Annen lege	0,7 %	9,8 %	0,7 %	4,9 %
9. Ukjent	3,2 %	0,8 %	0,0 %	0,3 %
A9. Spesielle forhold				
a. Informert om klagerett?				
0. Nei				
1. Ja				
2. Usikker				
9. Ukjent				
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	49,5 %	51,4 %	57,9 %	53,2 %
1. Ja	40,8 %	42,7 %	38,2 %	44,5 %
9. Ukjent	9,7 %	5,9 %	3,9 %	2,3 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	87,4 %	87,7 %	67,9 %	84,0 %
1. Ja	3,1 %	6,0 %	7,9 %	6,1 %
9. Ukjent	9,5 %	6,3 %	24,2 %	9,9 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,1	4,0	3,5	2,8
b. Derav antall utlevert overvåket	2,6	4,0	3,6	2,7
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-enhet	25,0 %	27,9 %	40,2 %	3,1 %
1. Apotek	53,6 %	43,5 %	35,8 %	49,1 %
2. Kommunal tjenesteapparat	13,8 %	12,9 %	17,7 %	37,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,0 %	12,9 %	6,3 %	5,9 %
4. Legekontor	0,0 %	0,1 %	0,0 %	2,3 %
10. Annet	0,7 %	2,4 %	0,0 %	1,8 %
9. Ukjent	1,8 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %
A11. Urinprøveordning				

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	61,4 %	46,3 %	33,1 %	33,6 %
1. Stikkprøver	14,6 %	34,7 %	46,5 %	44,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	13,3 %	13,3 %	18,0 %	20,6 %
9. Ukjent	10,6 %	5,8 %	2,4 %	1,5 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,1	0,4	0,2	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	72,1 %	70,2 %	69,6 %	75,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	20,0 %	26,2 %	25,4 %	20,8 %
9. Ikke avtalt	7,9 %	3,6 %	5,0 %	3,6 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	79,7 %	66,5 %	95,9 %	80,2 %
1. Overført	14,4 %	32,0 %	3,9 %	16,8 %
9. Annet / Ukjent	5,9 %	1,5 %	0,2 %	3,1 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	35,1 %	48,5 %	65,9 %	54,3 %
1. Ja	55,9 %	45,9 %	27,5 %	42,9 %
9. Ukjent	9,0 %	5,6 %	6,6 %	2,8 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?				
0. Nei	78,1 %	70,7 %	91,3 %	79,1 %
1. Ja	12,8 %	23,1 %	7,0 %	19,6 %
9. Ukjent	9,2 %	6,2 %	1,7 %	1,3 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	70,8 %	66,2 %	80,1 %	89,8 %
1. Ja	12,6 %	8,7 %	13,6 %	7,9 %
9. Ukjent	16,6 %	25,1 %	6,3 %	2,3 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
0. Nei				
1. Ja				
9. Ukjent				
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	65,5 %	70,1 %	80,7 %	57,4 %
1. Ja	30,4 %	22,0 %	17,2 %	42,1 %
9. Ukjent	4,2 %	7,9 %	2,1 %	0,5 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	56,5 %	65,9 %	82,6 %	72,9 %
1. Ja	29,6 %	18,4 %	6,0 %	18,2 %
9. Ukjent	13,9 %	15,7 %	11,4 %	9,0 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	49,8 %	54,5 %	72,2 %	66,4 %
1. Ja	35,9 %	30,3 %	14,8 %	24,8 %
9. Ukjent	14,3 %	15,1 %	13,1 %	8,8 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	78,8 %	72,9 %	83,0 %	83,1 %
1. Ja	7,3 %	10,5 %	6,0 %	7,7 %
9. Ukjent	14,0 %	16,6 %	11,0 %	9,2 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioider				
0. Nei	75,5 %	67,7 %	67,9 %	84,0 %
1. Ja	11,1 %	16,4 %	7,9 %	6,1 %
9. Ukjent	13,4 %	15,9 %	24,2 %	9,9 %
b. Cannabis				
0. Nei	58,3 %	47,8 %	46,2 %	64,2 %
1. Ja	27,8 %	32,6 %	28,6 %	26,6 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
9. Ukjent	13,9 %	19,7 %	25,3 %	9,1 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	53,9 %	52,0 %	48,2 %	64,5 %
1. Ja	33,3 %	38,1 %	27,0 %	26,3 %
9. Ukjent	12,8 %	9,9 %	24,8 %	9,2 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	74,5 %	63,6 %	59,2 %	75,9 %
1. Ja	11,8 %	18,1 %	14,8 %	13,8 %
9. Ukjent	13,7 %	18,3 %	26,0 %	10,3 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	75,7 %	71,2 %	61,3 %	74,2 %
1. Ja	9,7 %	8,7 %	11,5 %	15,5 %
9. Ukjent	14,5 %	20,1 %	27,2 %	10,3 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	42,9 %	35,7 %	32,5 %	50,8 %
1. Få enkeltepisoder	16,8 %	20,5 %	19,7 %	12,6 %
2. Regelmessig bruk	26,8 %	30,8 %	27,2 %	27,2 %
9. Ukjent	13,6 %	13,0 %	20,6 %	9,5 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	51,5 %	43,5 %	44,6 %	57,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	24,3 %	24,1 %	21,2 %	16,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,2 %	18,0 %	13,3 %	16,6 %
9. Ukjent	13,0 %	14,4 %	20,8 %	9,6 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	76,4 %	69,0 %	73,2 %	81,8 %
1. Ja	9,4 %	6,4 %	4,9 %	9,2 %
9. Ukjent	14,2 %	24,7 %	21,8 %	9,0 %
C2. Overdose siste år				

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
0. Nei	79,5 %	76,9 %	83,9 %	87,2 %
1. Ja	7,0 %	8,0 %	5,1 %	7,2 %
9. Ukjent	13,5 %	15,1 %	10,9 %	5,6 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	83,6 %	82,0 %	88,3 %	92,1 %
1. Ja	2,7 %	2,4 %	0,9 %	1,8 %
9. Ukjent	13,7 %	15,6 %	10,8 %	6,2 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	35,6 %	25,0 %	32,6 %	39,2 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	27,1 %	28,0 %	24,6 %	24,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	25,6 %	34,7 %	28,6 %	28,2 %
9. Ukjent	11,7 %	12,3 %	14,3 %	7,9 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	61,0 %	50,9 %	59,7 %	66,6 %
1. Både-og	20,4 %	17,1 %	11,2 %	16,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	3,7 %	4,5 %	4,4 %
9. Ukjent	13,7 %	28,3 %	24,6 %	12,8 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	71,3 %	67,8 %	63,4 %	81,7 %
1. Både-og	18,7 %	25,1 %	31,6 %	16,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,9 %	2,0 %	3,3 %	1,0 %
9. Ukjent	8,1 %	5,1 %	1,8 %	1,0 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	75,1 %	74,5 %	86,0 %	89,3 %
1. Ja	10,9 %	19,3 %	11,4 %	8,9 %
9. Ukjent	14,0 %	6,2 %	2,6 %	1,8 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	16,3 %	31,9 %	34,1 %	17,4 %
1. Ja	83,7 %	67,9 %	65,5 %	82,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	61,6 %	67,7 %	77,1 %	67,8 %
1. Ja	38,4 %	32,2 %	22,3 %	31,1 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
9. Ukjent	0,0 %	0,1 %	0,7 %	1,1 %
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	85,0 %	94,9 %	87,3 %	69,1 %
1. Ja	15,0 %	4,9 %	12,1 %	30,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %	0,7 %	0,8 %

Midt

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
Antall svar	99	202	364
Svarprosent	89,2 %	96,7 %	100,0 %
Kjønn			
Menn	59,6 %	75,7 %	67,3 %
Kvinner	40,4 %	24,3 %	32,7 %
Alder (gjennomsnitt)	47,1	46,0	46,4
A. Aktuell situasjon			
A0. Aktuell situasjon			
0. Ikke utskrevet	96,0 %	97,5 %	94,5 %
1. Eget ønske om avvenning	2,0 %	1,5 %	2,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,0 %	0,5 %	1,9 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,5 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,0 %	0,0 %	1,1 %
A1. Beskjeftigelse			
a. Yrkesstatus			
0. Uten beskjeftigelse	71,7 %	72,3 %	78,6 %
1. Heltidsjobb	12,1 %	16,3 %	11,0 %
2. Deltidsjobb	11,1 %	5,0 %	7,4 %
3. Under utdanning	3,0 %	1,0 %	1,6 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,5 %	0,5 %
9. Ukjent	2,0 %	5,0 %	0,8 %
b. Arbeidstrening/kurs			
0. Nei	91,9 %	91,1 %	93,4 %
1. Ja	6,1 %	3,0 %	5,5 %
9. Ukjent	2,0 %	5,9 %	1,1 %
c. Dagtilbud			
0. Nei	87,9 %	80,7 %	90,1 %
1. Ja	10,1 %	12,9 %	8,5 %
9. Ukjent	2,0 %	6,4 %	1,4 %
A2. Viktigste inntekt			
1. Arbeidsinntekt	13,1 %	19,8 %	13,2 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,5 %	0,0 %

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
3. Dagpenger	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger	0,0 %	0,5 %	0,5 %
5. AAP	9,1 %	11,9 %	6,6 %
6. Uføør/pensjon	72,7 %	59,9 %	73,4 %
7. Sosial stønad	1,0 %	0,5 %	3,6 %
8. Studielån	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	4,0 %	6,9 %	2,7 %
A3. Boligforhold			
0. Ingen bolig	0,0 %	3,5 %	3,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	0,0 %	2,5 %
2. Institusjon	2,0 %	5,0 %	4,4 %
3. Fengsel	0,0 %	1,5 %	1,6 %
4. Hos foreldre	1,0 %	5,9 %	2,2 %
5. Hos andre	0,0 %	3,0 %	2,2 %
6. Egen bolig	96,0 %	76,2 %	83,0 %
10. Annet / Ukjent	1,0 %	5,0 %	1,1 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)			
a. HIV			
0. Ikke smittet	92,9 %	81,7 %	90,1 %
1. Smittet	0,0 %	0,5 %	0,0 %
9. Ukjent	7,1 %	17,8 %	9,9 %
b. Hepatitt C			
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	40,8 %	30,8 %	37,5 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	34,7 %	31,3 %	41,6 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	9,2 %	6,5 %	4,4 %
9. Ukjent hepatitt C-status	15,3 %	31,3 %	16,5 %
A6. LAR-Medikament			
0. Metadon	26,3 %	27,7 %	21,2 %
1. Buprenorfin (Subutex)	31,3 %	28,2 %	37,1 %
1a. Buprenorfin depot	20,2 %	25,2 %	24,5 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,2 %	13,9 %	6,0 %
3. SROM	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	6,1 %	2,0 %	11,0 %
9. Ukjent	1,0 %	3,0 %	0,3 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)			

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
0. Metadon	82,5	88,6	69,4
1. Buprenofin (Subutex)	15,2	15,2	15,0
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	15,7	17,1	14,9
A8. Forskrivende lege			
0. Lege ansatt i LAR-enhet	35,4 %	34,7 %	75,8 %
1. Fastlege	64,6 %	57,9 %	22,0 %
2. Annen lege	0,0 %	3,0 %	1,6 %
9. Ukjent	0,0 %	4,5 %	0,5 %
A9. Spesielle forhold			
a. Informert om klagerett?			
0. Nei			
1. Ja			
2. Usikker			
9. Ukjent			
b. Foreskrives benzodiazepiner?			
0. Nei	55,6 %	69,3 %	56,0 %
1. Ja	44,4 %	18,3 %	42,6 %
9. Ukjent	0,0 %	12,4 %	1,4 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?			
0. Nei	97,0 %	86,6 %	96,2 %
1. Ja	3,0 %	0,5 %	1,9 %
9. Ukjent	0,0 %	12,9 %	1,9 %
A10. LAR-medikamentutlevering			
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,8	1,9	2,4
b. Derav antall utlevert overvåket	2,9	1,8	2,4
c. Viktigste utleveringssted			
0. LAR-enhet	5,1 %	23,8 %	29,4 %
1. Apotek	39,4 %	39,1 %	39,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	49,5 %	21,8 %	21,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,0 %	7,4 %	6,6 %
4. Legekantor	2,0 %	2,5 %	2,2 %
10. Annet	0,0 %	1,0 %	0,8 %
9. Ukjent	0,0 %	4,5 %	0,3 %
A11. Urinprøveordning			

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
a. Type avtale			
0. Ingen prøver	42,4 %	26,2 %	54,4 %
1. Stikkprøver	32,3 %	45,5 %	29,7 %
2. Regelmessig prøvetaking	23,2 %	19,3 %	14,3 %
9. Ukjent	2,0 %	8,9 %	1,6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,3	0,3	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO			
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker			
a. Målsetting for behandlingen			
0. Rehab med rusfrihet	68,7 %	75,2 %	67,0 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	31,3 %	15,3 %	31,3 %
9. Ikke avtalt	0,0 %	9,4 %	1,6 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten			
0. Ikke overført	26,3 %	18,8 %	58,2 %
1. Overført	72,7 %	77,2 %	40,7 %
9. Annet / Ukjent	1,0 %	4,0 %	1,1 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging			
0. Nei	41,4 %	26,2 %	38,7 %
1. Ja	56,6 %	59,9 %	56,9 %
9. Ukjent	2,0 %	13,9 %	4,4 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?			
0. Nei	80,8 %	78,7 %	87,4 %
1. Ja	18,2 %	8,4 %	9,6 %
9. Ukjent	1,0 %	12,9 %	3,0 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?			
0. Nei	60,6 %	48,5 %	67,3 %
1. Ja	35,4 %	35,1 %	22,8 %
9. Ukjent	4,0 %	16,3 %	9,9 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling			

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
0. Nei			
1. Ja			
9. Ukjent			
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?			
0. Nei	67,7 %	72,8 %	83,0 %
1. Ja	32,3 %	16,8 %	14,0 %
9. Ukjent	0,0 %	10,4 %	3,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker			
a. Alvorlig depresjon			
0. Nei	78,8 %	57,9 %	73,4 %
1. Ja	15,2 %	15,3 %	15,9 %
9. Ukjent	6,1 %	26,7 %	10,7 %
b. Alvorlig angst			
0. Nei	66,7 %	51,5 %	68,7 %
1. Ja	27,3 %	24,3 %	20,6 %
9. Ukjent	6,1 %	24,3 %	10,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner			
0. Nei	83,8 %	69,3 %	82,1 %
1. Ja	10,1 %	4,0 %	8,0 %
9. Ukjent	6,1 %	26,7 %	9,9 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker			
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker			
a. Opioder			
0. Nei	84,8 %	70,3 %	76,4 %
1. Ja	6,1 %	6,4 %	10,2 %
9. Ukjent	9,1 %	23,3 %	13,5 %
b. Cannabis			
0. Nei	62,6 %	56,4 %	56,3 %
1. Ja	26,3 %	21,3 %	28,8 %

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
9. Ukjent	11,1 %	22,3 %	14,8 %
c. Benzodiazepiner eller lignende			
0. Nei	57,6 %	60,4 %	49,5 %
1. Ja	33,3 %	16,3 %	39,0 %
9. Ukjent	9,1 %	23,3 %	11,5 %
d. Sentralstimulerende midler			
0. Nei	76,8 %	69,3 %	72,8 %
1. Ja	13,1 %	6,9 %	14,8 %
9. Ukjent	10,1 %	23,8 %	12,4 %
e. Alkohol til beruselse			
0. Nei	80,8 %	66,8 %	79,1 %
1. Ja	11,1 %	7,4 %	5,5 %
9. Ukjent	8,1 %	25,7 %	15,4 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker			
0. Aldri	49,5 %	50,0 %	46,4 %
1. Få enkeltepisoder	15,2 %	16,3 %	17,6 %
2. Regelmessig bruk	27,3 %	13,4 %	25,8 %
9. Ukjent	8,1 %	20,3 %	10,2 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker			
0. God funksjon, fungerer "som andre"	63,6 %	55,0 %	51,6 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,2 %	17,8 %	23,4 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	9,1 %	5,9 %	15,4 %
9. Ukjent	8,1 %	21,3 %	9,6 %
C. SISTE ÅR			
C1. Lovbrudd siste år			
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt			
0. Nei	87,9 %	75,7 %	80,8 %
1. Ja	7,1 %	7,9 %	11,3 %
9. Ukjent	5,1 %	16,3 %	8,0 %
C2. Overdose siste år			

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
0. Nei	91,9 %	79,2 %	82,4 %
1. Ja	5,1 %	5,0 %	8,8 %
9. Ukjent	3,0 %	15,8 %	8,8 %
C3. Suicidforsøk siste år			
0. Nei	60,5 %	83,3 %	76,2 %
1. Ja	2,4 %	2,3 %	2,4 %
9. Ukjent	37,1 %	14,3 %	21,4 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år			
0. Aldri	38,4 %	38,1 %	38,7 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	18,2 %	24,8 %	23,1 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	34,3 %	18,8 %	30,2 %
9. Ukjent	9,1 %	18,3 %	8,0 %
C5. Fornøydhet			
a. Pasientens vurdering			
0. Fornøyd vellykket	59,6 %	49,0 %	57,4 %
1. Både-og	13,1 %	18,8 %	17,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	9,1 %	6,9 %	3,3 %
9. Ukjent	18,2 %	25,2 %	21,7 %
b. Utfyllers vurdering			
0. Fornøyd vellykket	75,8 %	62,4 %	65,1 %
1. Både-og	23,2 %	27,2 %	24,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	0,0 %	4,5 %	4,7 %
9. Ukjent	1,0 %	5,9 %	5,8 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?			
0. Nei	86,9 %	71,8 %	80,8 %
1. Ja	12,1 %	13,4 %	14,0 %
9. Ukjent	1,0 %	14,9 %	5,2 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?			
a. Pasient			
0. Nei	23,2 %	28,2 %	24,5 %
1. Ja	76,8 %	71,8 %	75,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,3 %
b. Medarbeider			
0. Nei	69,7 %	82,7 %	80,5 %
1. Ja	30,3 %	17,3 %	19,5 %

	Nord-Trøndelag	Møre/Romsdal	St Olav
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe			
0. Nei	93,9 %	98,0 %	95,3 %
1. Ja	6,1 %	2,0 %	4,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Nord

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
Antall svar	167	304	42	51
Svarprosent	78,0 %	99,7 %	71,2 %	52,0 %
Kjønn				
Menn	74,9 %	68,8 %	66,7 %	62,7 %
Kvinner	25,1 %	31,3 %	33,3 %	37,3 %
Alder (gjennomsnitt)	47,5	48,3	44,5	44,7
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	97,6 %	94,6 %	86,1 %	100,0 %
1. Eget ønske om avvenning	1,2 %	3,4 %	8,3 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,6 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	80,8 %	76,2 %	78,6 %	80,4 %
1. Heltidsjobb	12,0 %	9,9 %	14,3 %	13,7 %
2. Deltidsjobb	6,0 %	7,9 %	7,1 %	5,9 %
3. Under utdanning	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,2 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	91,6 %	89,6 %	89,7 %	100,0 %
1. Ja	4,2 %	4,3 %	2,6 %	0,0 %
9. Ukjent	4,2 %	6,0 %	7,7 %	0,0 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	88,0 %	89,3 %	92,3 %	94,1 %
1. Ja	6,6 %	4,4 %	0,0 %	5,9 %
9. Ukjent	5,4 %	6,4 %	7,7 %	0,0 %
A2. Viktigste inntekt				
1. Arbeidsinntekt	12,0 %	9,9 %	16,7 %	15,7 %
2. Forsørget av andre	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
3. Dagpenger	0,0 %	0,3 %	2,4 %	0,0 %
4. Sykepenger	1,8 %	1,0 %	0,0 %	2,0 %
5. AAP	7,8 %	10,6 %	7,1 %	13,7 %
6. Uføør/pensjon	70,1 %	67,9 %	64,3 %	64,7 %
7. Sosial stønad	4,2 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %
8. Studielån	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	4,2 %	8,3 %	9,5 %	3,9 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	1,8 %	1,0 %	0,0 %	2,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,8 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %
2. Institusjon	3,0 %	2,7 %	4,9 %	3,9 %
3. Fengsel	1,8 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	3,6 %	8,0 %	0,0 %	3,9 %
5. Hos andre	5,4 %	3,0 %	7,3 %	13,7 %
6. Egen bolig	79,0 %	75,7 %	82,9 %	70,6 %
10. Annet / Ukjent	3,6 %	4,3 %	4,9 %	5,9 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	91,0 %	88,9 %	85,7 %	82,4 %
1. Smittet	1,8 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	7,2 %	10,4 %	14,3 %	17,6 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	40,1 %	44,7 %	64,3 %	55,1 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	44,3 %	35,3 %	16,7 %	18,4 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	1,8 %	6,1 %	4,8 %	6,1 %
9. Ukjent hepatitt C-status	13,8 %	13,9 %	14,3 %	20,4 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	31,7 %	28,8 %	17,1 %	22,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	36,5 %	39,5 %	43,9 %	44,0 %
1a. Buprenorfin depot	19,8 %	12,0 %	12,2 %	22,0 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	7,8 %	7,0 %	22,0 %	6,0 %
3. SROM	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Heroin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Andre	3,6 %	11,4 %	4,9 %	6,0 %
9. Ukjent	0,6 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Metadon	104,3	85,1	122,9	77,5
1. Buprenofin (Subutex)	18,9	14,5	14,8	14,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,5	15,5	13,3	13,3
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-enhet	43,7 %	53,5 %	85,4 %	82,0 %
1. Fastlege	53,3 %	45,0 %	12,2 %	16,0 %
2. Annen lege	1,8 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,2 %	1,1 %	2,4 %	2,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Informert om klagerett?				
0. Nei				
1. Ja				
2. Usikker				
9. Ukjent				
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	47,3 %	43,2 %	41,5 %	30,4 %
1. Ja	46,1 %	51,0 %	48,8 %	63,0 %
9. Ukjent	6,6 %	5,7 %	9,8 %	6,5 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	87,4 %	77,7 %	66,7 %	70,0 %
1. Ja	3,0 %	7,8 %	7,1 %	2,0 %
9. Ukjent	9,6 %	14,5 %	26,2 %	28,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	2,6	2,9	2,0
b. Derav antall utlevert overvåket	3,2	2,8	2,8	1,7
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-enhet	16,2 %	18,6 %	0,0 %	20,0 %
1. Apotek	43,1 %	45,0 %	34,1 %	52,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	27,5 %	26,1 %	56,1 %	24,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,4 %	3,8 %	7,3 %	2,0 %
4. Legekontor	7,2 %	3,4 %	2,4 %	2,0 %
10. Annet	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				

	Nordlandsssh	UNN	Finnmarksssh	Helgelandsssh
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	43,1 %	67,0 %	23,8 %	15,7 %
1. Stikkprøver	29,3 %	16,1 %	45,2 %	54,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	21,6 %	5,7 %	28,6 %	23,5 %
9. Ukjent	6,0 %	11,1 %	2,4 %	5,9 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,4	0,1	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	64,1 %	59,1 %	83,3 %	56,0 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	15,6 %	31,8 %	9,5 %	36,0 %
9. Ikke avtalt	20,4 %	9,1 %	7,1 %	8,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	73,7 %	52,0 %	83,3 %	92,2 %
1. Overført	25,1 %	44,6 %	11,9 %	5,9 %
9. Annet / Ukjent	1,2 %	3,4 %	4,8 %	2,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	52,1 %	38,6 %	73,8 %	49,0 %
1. Ja	35,3 %	49,8 %	14,3 %	43,1 %
9. Ukjent	12,6 %	11,6 %	11,9 %	7,8 %
d. Er pasienten i psykiatrisk/psykologisk behandling?				
0. Nei	79,0 %	81,3 %	83,3 %	80,4 %
1. Ja	13,2 %	9,7 %	9,5 %	15,7 %
9. Ukjent	7,8 %	9,0 %	7,1 %	3,9 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	82,6 %	85,5 %	64,3 %	86,3 %
1. Ja	3,6 %	3,0 %	19,0 %	0,0 %
9. Ukjent	13,8 %	11,5 %	16,7 %	13,7 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Nei				
1. Ja				
9. Ukjent				
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	70,7 %	73,7 %	62,5 %	72,0 %
1. Ja	23,4 %	16,5 %	32,5 %	22,0 %
9. Ukjent	6,0 %	9,7 %	5,0 %	6,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	52,7 %	72,0 %	50,0 %	71,7 %
1. Ja	15,0 %	12,2 %	11,9 %	10,9 %
9. Ukjent	32,3 %	15,9 %	38,1 %	17,4 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	39,5 %	60,5 %	42,9 %	62,5 %
1. Ja	27,5 %	24,0 %	26,2 %	20,8 %
9. Ukjent	32,9 %	15,5 %	31,0 %	16,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	61,1 %	76,9 %	54,8 %	75,0 %
1. Ja	6,6 %	6,8 %	7,1 %	4,2 %
9. Ukjent	32,3 %	16,3 %	38,1 %	20,8 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	64,1 %	77,7 %	66,7 %	70,0 %
1. Ja	1,8 %	7,8 %	7,1 %	2,0 %
9. Ukjent	34,1 %	14,5 %	26,2 %	28,0 %
b. Cannabis				
0. Nei	43,7 %	49,8 %	45,2 %	48,0 %
1. Ja	24,0 %	38,0 %	26,2 %	22,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	32,3 %	12,1 %	28,6 %	30,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	37,7 %	47,6 %	40,5 %	56,9 %
1. Ja	33,5 %	40,2 %	38,1 %	17,6 %
9. Ukjent	28,7 %	12,2 %	21,4 %	25,5 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	56,3 %	68,3 %	59,5 %	64,7 %
1. Ja	10,8 %	18,1 %	11,9 %	13,7 %
9. Ukjent	32,9 %	13,7 %	28,6 %	21,6 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	62,9 %	74,4 %	59,5 %	65,3 %
1. Ja	3,6 %	7,8 %	7,1 %	12,2 %
9. Ukjent	33,5 %	17,7 %	33,3 %	22,4 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	34,7 %	35,5 %	35,7 %	37,3 %
1. Få enkeltepisoder	10,8 %	20,6 %	9,5 %	17,6 %
2. Regelmessig bruk	21,6 %	27,0 %	23,8 %	19,6 %
9. Ukjent	32,9 %	16,9 %	31,0 %	25,5 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	41,9 %	47,9 %	48,8 %	39,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,4 %	21,4 %	9,8 %	25,5 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	9,0 %	12,4 %	14,6 %	7,8 %
9. Ukjent	31,7 %	18,3 %	26,8 %	27,5 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	55,7 %	73,2 %	73,8 %	74,0 %
1. Ja	8,4 %	6,0 %	4,8 %	6,0 %
9. Ukjent	35,9 %	20,7 %	21,4 %	20,0 %
C2. Overdose siste år				

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Nei	58,7 %	80,1 %	80,5 %	80,0 %
1. Ja	4,8 %	4,4 %	2,4 %	4,0 %
9. Ukjent	36,5 %	15,5 %	17,1 %	16,0 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	75,4 %	96,0 %	75,2 %	86,8 %
1. Ja	2,5 %	0,0 %	4,0 %	2,7 %
9. Ukjent	22,0 %	4,0 %	20,8 %	10,4 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	24,6 %	40,4 %	42,9 %	32,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	17,4 %	16,8 %	16,7 %	18,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	24,6 %	32,7 %	23,8 %	26,0 %
9. Ukjent	33,5 %	10,1 %	16,7 %	24,0 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	47,9 %	59,4 %	47,6 %	54,2 %
1. Både-og	13,2 %	15,4 %	14,3 %	25,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,0 %	6,7 %	7,1 %	2,1 %
9. Ukjent	32,9 %	18,5 %	31,0 %	18,8 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	60,5 %	45,5 %	47,6 %	62,7 %
1. Både-og	27,5 %	16,2 %	47,6 %	37,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,8 %	2,1 %	4,8 %	0,0 %
9. Ukjent	10,2 %	36,2 %	0,0 %	0,0 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	83,2 %	81,8 %	88,1 %	85,1 %
1. Ja	8,4 %	9,2 %	7,1 %	14,9 %
9. Ukjent	8,4 %	8,9 %	4,8 %	0,0 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	34,1 %	21,6 %	35,7 %	43,1 %
1. Ja	64,7 %	77,4 %	64,3 %	56,9 %
9. Ukjent	1,2 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	85,6 %	79,9 %	88,1 %	91,5 %
1. Ja	13,8 %	19,0 %	11,9 %	8,5 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	93,4 %	95,8 %	97,6 %	87,2 %
1. Ja	6,0 %	2,7 %	2,4 %	12,8 %
9. Ukjent	0,6 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %