



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for psykiatri
Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer
Kirkeveien 166
0407 Oslo

SKR-rapport nr 6/04

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING – EN LIVSLANG BEHANDLING?

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

Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004

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

INNHOOLD

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

1 Innledning

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

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

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

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

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

2 Metode

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

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

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

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

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

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

3 Retensjon i behandlingen

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

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

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

*Pasienter startet før 1999 er ikke med i sluttsummen.

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

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

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

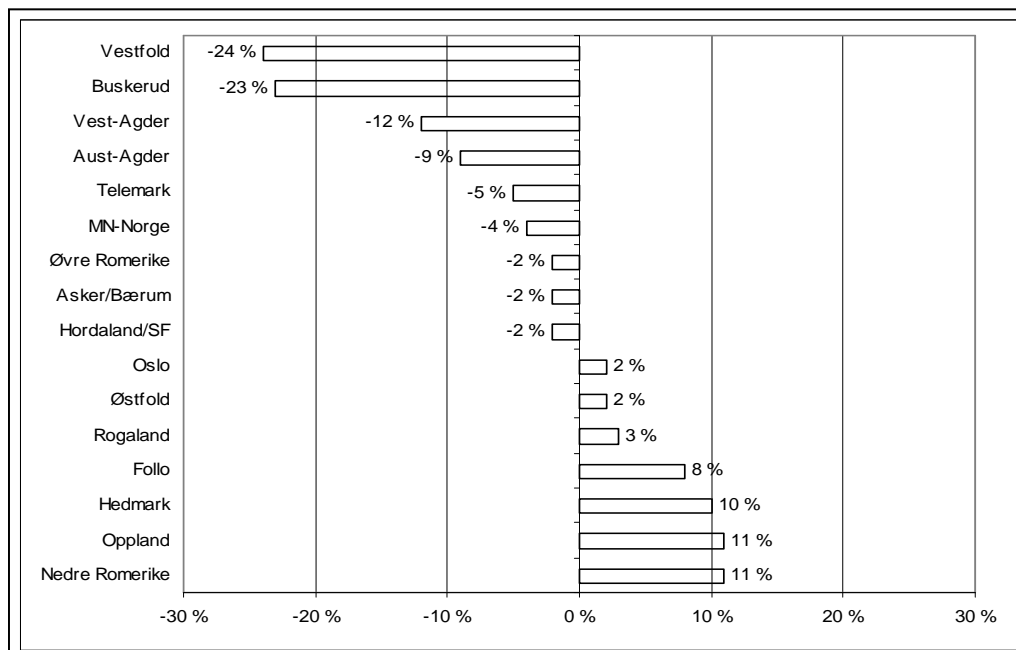
Tabellen viser at alle sentre i Norge har en høy retensjon om en sammenlikner med internasjonale etterundersøkelser. Det vanlige er å undersøke retensjonen etter 3, 6 eller 12 måneder. Statens

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

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

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

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



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

4 Kontinuerlig behandling eller nye behandlingsperioder

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

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

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

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

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

5 De som blir utskrevet

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

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

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

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

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

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

Tabellen viser først og fremst at sentrene har nokså liten kontakt med utskrevne pasienter. Det er ikke noen høy andel som er søkt tilbake. På landsbasis har 29 % søkt seg tilbake i behandling, nokså, nokså jevnt fordelt i regionene. Lavest andel finner vi i Helseregion Sør. Rapporteringen preges imidlertid dels av de andre regionene ofte har innregnet pasienter som har søkt seg tilbake på et seinere tidspunkt, og dels av at LAR Buskerud og LAR Telemark har hatt inntaksstopp og prioritert nyinntak. Samlet her er inntrykket at omtrent en tredel søker seg tilbake til behandlingen og derved er en prosess med flere inntak til en vekstprosess mot bedret rehabilitering kunne oppnås for en slik andel.

Vi ser også at få er i behandling i annet tiltak. Det er riktignok svært høy andel hvor senteret ikke kjenner til om annen behandling er iverksatt. Dette er i og for seg naturlig siden det vil være sosialsenteret eller fastlege som skal være søkerinstans, og opplysninger om dette vil ikke naturlig sendes til LAR-senteret. Dette er dessuten ikke så urimelig at få er i annen behandling siden målgruppen i stor grad preges av at andre behandlingsforsøk har vært mislykket.

Likevel er det viktig å se nærmere på dette området. Dersom LAR er en slags siste instans, vil utskrivning kunne føre til oppgivelse. Dels understrekes behov for en modell for oppfølging, eventuelt med medikamentstøtte med lavere ambisjonsnivå og dels understrekes behovet for omsorgspregete tiltak.

6 Utskrivningsårsak

Retningslinjene for LAR fastsetter visse kriterier for å avbryte behandlingen. De såkalt absolutte kriterier fastsetter at pasienter som anvender vold eller alvorlige trusler overfor behandlerne eller omsetter vedlikeholdsmedikamentet, skal utskrives (Rundskriv, retningslinjer). Det er her fra 2002 innført en bestemmelse om forholdsmessighet (rundskriv). Dernest kan pasienten utskrives fordi behandlingen er uten tilstrekkelig effekt. Dette bedømmes etter grad av rusmiddelbruk, samarbeid om rehabiliteringen og om arbeidsformene i behandlingen. Også her er det en bestemmelse om forholdsmessighet. Utskrivningen skal være klinisk begrunnet og aldri ha disiplinær målsetting. Endelig kan pasienten bli utskrevet fordi de selv ønsker det. Denne siste formen kan være fordi pasienten ikke lenger ønsker behandlingen, ikke vil finne seg i restriksjoner eller ønsker annen behandling. Noen kan også ønske seg avvenning med målsetting om frihet fra opioid avhengighet, med eller uten annet behandlingstilbud.

Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet. Prosentangivelse.

Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet. Prosentangivelse i parentes		Flyttet	Selvvalgt	Utilstr effekt	Død i behandling
		%	%	%	%
Region Midt- og Nord	N= 64	0	27	69	5
Hordaland og SF	N= 79	3	4	87	6
Rogaland*	N= 20	0	10	85	5
Region Vest*	N= 99	2	5	87	6
Aust-Agder	N= 33	9	36	36	18
Vest-Agder	N= 77	12	29	52	8
Buskerud	N= 64	5	3	91	2
Telemark	N= 48	4	8	77	10
Vestfold	N= 43	2	5	93	0
Region Sør	N= 265	7	16	71	7
Akershus – Asker og Bærum	N= 42	19	29	36	17
Akerhus – Øvre Romerike	N= 10	0	30	70	0
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	11	22	44	22
Akershus – Follo	N= 7	0	29	57	14
Oppland	N= 13	15	0	69	15
Hedmark	N= 17	0	6	82	12
Østfold	N= 34	3	56	24	18
Oslo	N= 121	8	21	31	40
Region Øst	N= 253	9	25	39	27
Hele landet**	N= 681	6	19	61	14

Tabell 4 viser en oversikt over hvorfor pasientene er utskrevet. Utskrivningsbeslutning er her delt i selvvalgt og utskrivning etter vedtak. Flyttinger og dødsfall i behandlingen er tydeliggjort. Vi ser at 6 % er flyttet til et annet LAR-tiltak slik at behandlingen i virkeligheten fortsetter. Antallet er ikke stort og endrer ikke totalbildet. Det reduserer likevel andelen som ikke fortsetter i behandling noe. Vi ser at 14 % av utskrivningene skyldes dødsfall. Dette tilsvarer 4 % av alle som var i behandling ved årsskiftet og 3 % av alle som har vært i behandling over fem-årsperioden.

Når det gjelder andre årsaker skiller det mellom de som er besluttet av pasienten selv og der hvor behandlerne har bedømt effekten til å være for dårlig. ”Utilstrekkelig” eller ”dårlig” effekt omfatter her både behandlingsvansker knyttet til vold og trusler og vedvarende bruk av rusmidler med liten bedring i sosial mestring og rehabiliteringsgrad. Men også todelingen i selvbesluttet og besluttet av

tiltaket er et vanskelig skille slik det fremgår av kommentarer til undersøkelsen fra lederen av Metadonklinikken i Bergensklinikkene, senteret for Hordaland og Sogn og Fjordane:

Selvvalgt er en vanskelig kategori. Noen slutter etter eget ønske uten at vi nødvendigvis synes det er så lurt. Noen vil ha benzodiazepin og unngå all "styring", andre vil prøve å klare seg selv mens andre igjen synes at tiltaket ikke svarte til forventningene.

Frivillighet og egenbeslutning er relative fenomener. Noen få ønsker avslutning fordi de føler seg "ferdig behandlet" og ønsker avvenning, men dette er ikke mange. I tillegg til motivene drøftet av Haga, anføres enkelte sentre at pasienter ikke så sjelden skriver seg ut selv for å unngå å bli skrevet ut etter beslutning av behandlingstiltaket. Det er få som har vært så lenge inne i behandling slik at de kan forsøke medikamentfrihet.

Samlet ser det dessuten ut til at sentrene oppgir så store forskjeller fordeling av de to utskriningskategoriene at det er vanskelig å forstå dette som annet enn som uttrykk for ulik bruk av kategoriene. For rapportformålet bør derfor kategoriene "Selvbesluttet" og "Utilstrekkelig effekt" slås sammen.

Informasjonsverdien blir da nokså liten. Om vi skiller mellom flyttet og/eller død på den ene siden, og behandlingstvanger på den annen, ser vi at behandlingstvanger dominerer helt. Nærmere undersøkelser med mer spesifiserte kategorier og anledning til å velge flere typer årsaker er nødvendig.

7 Situasjonen for de utskrevne

Heroinavhengighet er en alvorlig tilstand med høy mortalitet og betydelige konsekvenser for evnen til selvomsorg og sosial funksjon. Utskrivning kan derfor føre til dødsfall og lav livskvalitet. Det kan tenkes at en del av de som skrives ut, har lært så vidt mye gjennom rehabiliteringsperioden at de mestrer en ordnet tilværelse. Noen kan også ta sikte på full avvenning og tilværelse uten bruk av opioider. Dette vet vi i dag lite om. Det er derfor viktig å undersøke situasjonen til de som er utskrevet.

Tiden for undersøkelsen har vært kort. Oppgavene bygger på den kjennskap hvert enkelt sted har til utskrevne pasienter. Enkelte av tiltakene, her merket med *, har gjennomført en enkel spørreundersøkelse av situasjonen til utskrevne pasienter ved kontakt til sosialsenteret. De valgte kategoriene er brede slik at en kan gi en grov skisse av situasjonen. For kategorien "god" skal pasienten så vidt bedømmer kjenner til være tilfredsstillende rehabilitert uten eller med ubetydelig misbruk. Kategorien "klarer seg" skal brukes for pasienter som har tydelige problemer som kan omfatte misbruk og misbruksperioder men slik at pasienten i hovedsak har orden på sin tilværelse. Kategorien "omfattende misbruksliv" dekker alle tilstander hvor misbruk dominerer livsførselen og/eller livssituasjonen er kaotisk og/eller vanskelig med omfattende hjelpebehov.

Tabell 5 viser en oversikt. Vi ser at andelen ukjent gjennomgående er høy. Det at situasjonen er ukjent, viser at det er liten kontakt, eventuelt også med sosialsenteret (flytting, trygding, skifte av kontor). Dette peker gjennomgående mot betydelig ruspreget liv og skiftende situasjoner. Det vil være noen dødsfall i denne kategorien. Det kan også være noen som klarer seg godt og ikke ønsker kontakt med hjelpeapparatet. Et inntrykk får vi ved å se spesielt på de tiltakene som har vurdert den enkeltes situasjon sammen med sosialsenteret (merket *).

Det er også viktig å være klar over at inndelingen i kategorier er grov og uten vurdering av reliabilitet. Særlig er skillet mellom "Uklar situasjon" som skal brukes når "klarer seg men har betydelige rusproblemer (misbruk/andre vansker)" og "Dårlig" som betyr "Er i omfattende misbruk/rusliv" skjønnspreget. Gjennomgang av materialet har sannsynliggjort at kategoriene ikke brukes likt og ikke helt konsekvent. Tolkningen bør begrenses til en antydning om hvilken andel som er i et kritisk preget rusliv og hvilken andel som klarer seg noenlunde i hverdagen.

Tabell 5. Situasjon for utskrevne pasienter 31.12.03, vist ved prosentangivelse

Region , fylke, sektor		Flyttet, %	God, %	Usikker, %	Dårlig, %	Død i/etter, %	Ukjent; %
Midt- og Nord	N=64	0	5	0	36	6	53
Hordaland og SF	N=79	3	0	13	44	10	30
Rogaland	N=20	0	0	0	25	10	65
Vest	N=99	2	0	10	40	10	37
Aust-Agder*	N=33	9	9	15	27	30	18
Vest-Agder	N=77	12	6	12	3	17	51
Buskerud*	N=64	4	9	20	46	6	14
Telemark*	N=48	4	13	27	42	17	6
Vestfold	N=43	0	2	63	5	7	23
Sør	N=276	6	8	25	24	15	23
Asker og Bærum*	N=42	19	10	24	7	24	17
Øvre Romerike*	N=10	0	10	40	10	10	30
Nedre Romerike	N=9	1	0	1	2	3	2
Follo	N=7	0	0	43	0	14	43
Oppland*	N=13	15	0	31	38	15	0
Hedmark*	N=17	0	0	12	76	12	0
Østfold*	N=34	2	15	18	15	24	26
Oslo	N=121	3	0	9	19	31	47
Øst	N=253	63	40	16	16	26	32
Norge	N=692	5	5	17	24	17	31

Med disse forbeholdene ser vi at bildet er nyansert. I hele landet er 35. flyttet til annet LAR-tiltak og kan antas å ha en akseptabel situasjon. Det er et mindretall på 34 som vurderes til å ha en god situasjon. Noen av disse er helt uten rusmiddelbruk slik det fremgår av denne beskrivelsen:

Pasienten ble skrevet ut etter en lengre misbruksperiode og var i grunnen selv enig i at behandlingen ikke førte frem til noe. Vi har siden ikke hatt kontakt med ham, men sosialkontoret opplyser at han flyttet til et evangeliesenter hvor han traff en søt pike. Han flyttet til hennes hjemsted og har fast forhold og lever visstnok rusfritt.

Det er også noen som har mindre betydningsfullt bruk slik at dette ikke forhindrer at de ser ut til å leve i ordnete forhold og er sosialt og eventuelt yrkesmessig rehabilitert. Samlet er det imidlertid ikke mange. Høyeste oppgitte andel er 15 % og flere oppgir at det ikke er noen i deres område. I andre etterundersøkelser finner man oftest en viss del. Den mest grundige vurderingen har vi i en svensk doktorgrad som vurderer at ca 20 % selv vil ønske å avslutte med en ordnet nedtrapping mot frihet fra

morfinstoffer. Halvparten av disse vil makte å gjennomføre dette og halvparten av disse igjen – altså 5 % av alle, vil makte et varig opioid-fritt liv. Denne undersøkelsen peker i samme retning.

Vi ser også at det slett ikke er alle som utvikler et kritisk, livstruende rusliv etter en utskrivning. I den ene enden er det ett senter som beskriver alle med kategorien ”Omfattende rusliv – dårlig” og i den andre ett som har 40 % vurdert slik at de klarer livene sine selv om de ruser seg. Andelen med et kritisk rusliv og den med en mer kontrollert form for rusmiddelbruk vurderes ulikt, og et anslag kan være at det er omtrent like mange i hver kategori. Den første vil ha betydelig sjans for overdosedødelighet mens sjansen er betydelig mindre i den andre.

Tabellen viser også samlet dødelighet. I tillegg til de 89 som døde under behandling, kjenner tiltakene til at 30 er død etter utskrivning. Mortaliteten bland de som er utskrevet er altså 5 %. Mørketallene kan imidlertid være betydelig. Det er planlagt en særlig undersøkelse som kryssregister undersøkelse i forhold til sentrenes registre og SSB dødsårsaksregister. Denne blir imidlertid først ferdig i 2005.

8 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det er et reelt frafall i behandlingen. Grovt sett kan en si at 3-4 av 10 før eller siden slutter i behandlingen eller blir utskrevet mot sin vilje. LAR er derfor ikke en livslang behandling for alle.

Undersøkelsen viser imidlertid at alle sentre i Norge har en høy retensjon om en sammenlikner med internasjonale etterundersøkelser. Det vanlige er å undersøke retensjonen etter 3, 6 eller 12 måneder. Statens beredning för medicinsk utvärdering i Sverige har gjennomført en stor litteraturgjennomgang over behandlingsforskningen på rusmiddelområdet (). Ett av effektmålene er retensjon i behandlingen. Rapporten redegjør ikke for hvilket tidsrom de enkelte undersøkelsene beregner retensjonen i forhold til, antakeligvis fordi de ulike prosjektene har brukt ulike tidslengde. Et gjennomsnitt på 6 måneder bedømmes til å være et rimelig anslag.

Seks måneders retensjon svarer til retensjonen av de som var tatt inn i behandling første gang siste år under forutsetning av jevnt inntak hele året. I denne undersøkelsen kan dette sammenliknes med retensjonen for årskullet 2003. I følge den svenske utredningen er retensjonen typisk sett på 50 % for doseringer under 50 mg metadon/dag og 61 % for doseringer 80-100 mg. Det er derfor grunn til å mene at behandlingen i Norge fører til høy retensjon, mange blir i behandlingen. Det er imidlertid også tydelig at retensjonen varier mellom regionene og fylkene. Ett tydelig inntrykk er at områder med restriktiv praksis har lavere retensjon.

Av de utskrevne pasienter har få kommet inn igjen og blitt i behandling. Dette kan skyldes nedsatt kapasitet ved tiltakene, og det at inntak av nye pasienter er prioritert. Dette kan også ha en avskrekkende effekt på pasienter som har blitt utskrevet, og føre til at de ikke søker reinntak da de ikke forventer dette å føre frem, eller at det vil ta veldig lang tid. Likevel viser en pilot beregning utført ved Metadonteamet i Buskerud at retensjon for pasienter ved andregangs inntak er likedan som retensjon for pasienter som har blitt reinntatt. Det understrekes at beregningen omfatter få pasienter. Dette er klart et spørsmål som bør utredes videre.

Det er selvsagt et viktig å undersøke hvordan det står til med de som ikke lenger er med i undersøkelsen. Det kan tenkes at en del av de som skrives ut, har lært så vidt mye gjennom rehabiliteringsperioden at de mestrer en ordnet tilværelse. Noen kan også ta sikte på full avvenning og

tilværelse uten bruk av opioider. I andre etterundersøkelser finner man oftest en viss del. Den mest grundige vurderingen har vi i en svensk doktorgrad som vurderer at ca 20 % selv vil ønske å avslutte med en ordnet nedtrapping mot frihet fra morfinstoffer. Halvparten av disse vil makte å gjennomføre dette og halvparten av disse igjen – altså 5 % av alle, vil makte et varig opioid-fritt liv. Denne undersøkelsen peker i samme retning.

Heroinavhengighet er imidlertid en alvorlig tilstand med høy mortalitet og betydelige konsekvenser for evnen til selvomsorg og sosial funksjon. Utskrivning kan derfor føre til dødsfall og lav livskvalitet. Vi ser at rundt 15 % av utskrivningene er forårsaket av dødsfall i behandlingen. Dette tilsvarer en årlig mortalitet i behandling på mellom 1 og 2 %. Dette er et vanlig funn i vedlikeholdsbehandling når denne sikter mot grupper med stor sykkelighet og skyldes vanligvis ulike sykdommer og ulykker. Undersøkelsen kan ikke gi nærmere svar på dødsårsakene.

Spesielt må en være oppmerksom på andelen dødsfall blant de som skrives ut. Her peker undersøkelsen mot forhøyet mortalitet på omtrent 10 % i løpet av undersøkelsesperioden. Mørketall kan imidlertid gjøre at den reelle mortaliteten er høyere.

9 [Appendiks](#)

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

Inntak							
	-1998 *	1999	2000	2001	2002	2003	Alle f. o. m. 1999
Region Midt- og Nord-Norge		26/27 96 %	13/19 68 %	33/47 70 %	46/58 79 %	57/88 64 %	175/239 73 %
Hordaland og SF	16/18 89 %	25/41 61 %	35/53 66 %	41/55 75 %	60/80 75 %	70/79 89 %	231/308 75 %
Rogaland **	04.jul 57 %	mai.13 38 %	16/21 76 %	27/33 82 %	49/56 88 %	83/103 81 %	185*/231 80 %
Region Vest-Norge	20/25 80 %	30/54 56 %	51/74 69 %	68/88 77 %	109/136 80 %	153/182 84 %	416*/535 78 %
Aust-Agder		nov.23 49 %	17/25 68 %	15/21 71 %	15/19 79 %	des.15 80 %	70/103 68 %
Vest-Agder	05.aug 63 %	30/50 64 %	25/37 68 %	43/58 74 %	29/48 60 %	18/29 62 %	145/222 65 %
Buskerud		nov.30 37 %	des.27 44 %	18/36 50 %	15/24 63 %	20/23 87 %	76/140 54 %
Telemark		22/32 69 %	13/19 68 %	26/38 68 %	25/39 64 %	40/46 87 %	126/174 72 %
Vestfold		35/36 97 %	(-8/4)*** 0 %	des.22 55 %	17/29 59 %	14/22 64 %	70/133 53 %
Region Sør		109/171 64 %	67/108 62 %	114/175 65 %	101/159 64 %	104/135 77 %	487/672 72 %
Akershus-Asker Bærum	02.apr 50 %	41/63 65 %	28/34 82 %	20/24 83 %	15/23 65 %	19/21 90 %	123/165 75 %
Akershus – Øvre Romer		06.nov 55 %	04.aug 50 %	06.jul 86 %	05.mai 100 %	09.sep 100 %	30/40 75 %
Akershus – Nedre Romer		14/14 100 %	06.nov 55 %	17/20 85 %	14/15 93 %	13/13 100 %	64/73 88 %
Akershus - Follo		07.nov 64 %	09.sep 100 %	06.aug 75 %	04.mai 80 %	14/14 100 %	40/47 85 %
Oppland		15/15 100 %	16/22 73 %	26/30 87 %	18/19 95 %	24/26 92 %	99/112 88 %
Hedmark		17/21 81 %	24/27 89 %	28/32 88 %	20/23 87 %	20/23 87 %	109/126 87 %
Østfold	02.mar 67 %	21/29 72 %	25/37 68 %	14/18 78 %	23/27 85 %	42/48 88 %	125/159 79 %
Oslo		81/123 66 %	49/74 62 %	106/127 83 %	85/126 68 %	138/151 91 %	459/581 79 %
Region Øst		202/286 71 %	161/222 73 %	223/266 84 %	184/243 76 %	280/305 92 %	1050/1303 81 %
Norge		367/538 68 %	292/423 69 %	438/576 76 %	440/596 74 %	594/710 84 %	2128/2749 77 %

*Pasienter startet før 1999 er ikke med i sluttsummen

*Antallet i Rogaland er 5 pasienter høyere en summen 1999-2003

** Inntak i Vestfold i 2000 er -8, og skyldes en registreringsfeil. Summen 70/113 er korrekt

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

		Aldri utskrevet		Gjeninntatt minst en gang	
		N	%	N	%
Region Midt- og Nord-Norge	N= 175	163	93	12	7
Hordaland og SF	N= 274	197	72	34	12
Rogaland	N= 185	173	94	12	6
Region Vest-Norge	N= 416	370	89	46	11
Aust-Agder	N= 70	66	94	4	6
Vest-Agder	N= 145	113	78	32	22
Buskerud	N= 76	70	92	6	8
Telemark	N= 126	119	94	7	6
Vestfold	N= 70	68	97	2	3
Region Sør	N= 487	436	90	51	10
Akershus – Asker og Bærum	N= 123	116	94	7	6
Akerhus – Øvre Romerike	N= 30	28	93	2	7
Akershus – Nedre Romerike	N= 64	61	95	3	5
Akershus – Follo	N= 40	36	90	4	10
Oppland	N= 99	95	96	4	4
Hedmark	N= 109	103	94	6	6
Østfold	N= 125	119	95	6	5
Oslo	N= 459	430	94	29	6
Region Øst	N= 1049	988	94	61	6
Norge	N= 2127	1957	92	170	8

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

		Søkt tilbake til LAR		Ikke søkt tilbake i LAR		Er i annen behandling		Ukjent/ikke i behandling*	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Region Midt- og Nord	N= 60	22	37	38	63	0	0	60	100
Hordaland og SF	N= 69	30	43	39	57	3	4	66	96
Rogaland *	N= 18	2	11	16	89	1	6	17	94
Region Vest*	N= 87	32	37	55	63	4	5	83	95
Aust-Agder	N= 20	4	20	16	80	3	15	17	85
Vest-Agder	N= 55	12	22	43	78	18	33	37	67
Buskerud	N= 57	10	18	47	82	10	18	47	82
Telemark	N= 38	16	42	22	58	3	8	35	92
Vestfold	N= 41	3	7	38	93	3	7	38	93
Region Sør	N= 211	45	21	166	79	37	18	174	82
Akershus – Asker og Bærum	N= 24	9	38	15	63	1	4	23	96
Akershus – Øvre Romerike	N= 9	2	22	7	78	3	33	6	67
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	5	56	4	44	1	11	8	89
Akershus – Follo	N= 7	1	14	6	86	3	43	4	57
Oppland	N= 9	4	44	5	56	0	0	9	100
Hedmark	N= 15	7	47	8	53	2	13	13	87
Østfold	N= 25	2	8	23	92	0	0	25	100
Oslo	N= 80	32	40	48	60	0	0	80	100
Region Øst	N= 178	62	35	116	65	10	6	168	94
Norge	N= 536	161	30	375	70	51	10	485	90

Tabell 4. Årsak til utskrivning fordelt på tiltak/senter, region og i hele landet.

		Flyttet		Selvvalgt		Utilstr effekt		Død i behandlin g	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Region Midt- og Nord	N= 64	0	0	17	27	44	69	3	5
Hordaland og SF	N= 79	2	3	3	4	69	87	5	6
Rogaland*	N= 20	0	0	2	10	17	85	1	5
Region Vest*	N= 99	2	2	5	5	86	87	6	6
Aust-Agder	N= 33	3	9	12	36	12	36	6	18
Vest-Agder	N= 77	9	12	22	29	40	52	6	8
Buskerud	N= 64	3	5	2	3	58	91	1	2
Telemark	N= 48	2	4	4	8	37	77	5	10
Vestfold	N= 43	1	2	2	5	40	93	0	0
Region Sør	N= 265	18	7	42	16	187	71	18	7
Akershus – Asker og Bærum	N= 42	8	19	12	29	15	36	7	17
Akerhus – Øvre Romerike	N= 10	0	0	3	30	7	70	0	0
Akershus – Nedre Romerike	N= 9	1	11	2	22	4	44	2	22
Akershus – Follo	N= 7	0	0	2	29	4	57	1	14
Oppland	N= 13	2	15	0	0	9	69	2	15
Hedmark	N= 17	0	0	1	6	14	82	2	12
Østfold	N= 34	1	3	19	56	8	24	6	18
Oslo	N= 121	10	8	25	21	38	31	48	40
Region Øst	N= 253	22	9	64	25	99	39	68	27
Hele landet	N= 681	42	6	128	19	416	61	95	14

Tabell 5. Situasjon for utskrevne pasienter 31.12.03.

Region, fylke, sektor	Flyttet		God		Usikker		Dårlig		Død i/etter		Ukjent	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Region Midt- og Nord N= 64	0	0	3	5	0	0	23	36	4	6	34	53
Hordaland og SF N= 79	2	3	0	0	10	13	35	44	8	10	24	30
Rogaland N= 20	0	0	0	0	0	0	5	25	2	10	13	65
Region Vest N= 99	2	2	0	0	10	10	40	40	10	10	37	37
Aust-Agder N= 33	3	9	3	9	5	15	9	27	10	30	3	9
Vest-Agder N= 77	9	12	5	6	9	12	2	3	13	17	39	51
Buskerud N= 69	3	4	6	9	14	20	32	46	4	6	10	14
Telemark N= 52	2	4	6	12	13	25	20	38	8	15	3	6
Vestfold N= 43	0	0	1	2	27	63	2	5	3	7	10	23
Region Sør N= 276	17	6	21	8	68	25	65	24	38	14	65	24
Akershus- Asker og Bærum N= 42	8	19	4	10	10	24	3	7	10	24	7	17
Akershus – Øvre Romerike N= 10	0	0	1	10	4	40	1	10	1	10	3	30
Akershus – Nedre Romerike N= 9	1	11	0	0	1	11	2	22	3	33	2	22
Akershus – Follo N= 7	0	0	0	0	3	43	0	0	1	14	3	43
Oppland N= 13	2	15	0	0	4	31	5	38	2	15	0	0
Hedmark N= 17	0	0	0	0	2	12	13	76	2	12	0	0
Østfold N= 34	1	3	5	15	6	18	5	15	8	24	9	26
Oslo N= 121	4	3	0	0	11	9	11	9	38	31	57	47
Region Øst N= 253	16	6	10	4	41	16	40	16	65	26	81	32
Norge N= 692	35	5	34	5	119	17	168	24	119	17	217	31