



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET



Aker  
universitetssykehus  
HF  
LAR ØST



SERAF RAPPORT 2/2009

# LAR I NORGE 10 år

## Statusrapport 2008

Helge Waal, Thomas Clausen, Atle Håseth,  
Pål H Lillevold

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF,  
Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering, Avdeling for  
spesialiserte poliklinikken, AST.

## Forord

De første LAR-sentrene ble åpnet i Norge 1998 men tilbudet var først landsdekkende i 1999. 2008 var derfor et 10-årsjubileum. Rapporten vil bli sendt til media og brukerorganisasjoner med et optimistisk ønske om at rapporten vil inngå i debatten. Den nasjonale LAR-statistikken blir av samme grunn tatt med i innledningen sammen med en oversikt over ressursbetingelsene.

På grunnlag av tidligere evalueringer har Helsedirektoratet ledet et omfattende arbeid med å revidere retningslinjene. Disse vil bli ferdigstillet i løpet av 2009 og etter planen gjeldende fra 2010. Endringsarbeidet har tatt tid, både fordi behandlingsformen er omstridt og fordi behandlingen utformes i forhold til to motstridende hensyn. På den ene siden skal den nå frem til mennesker i vanskelige livssituasjoner. På den andre siden skal kontroll og sikringstiltak begrense at medikamenter kommer på avveie og motvirke reduksjon i behandlingens kvalitet. Både Stortingsvedtak og tilhørende regelverk aviser skadereduksjon som målsetting. Den eneste godkjente målsettingen er rehabilitering. Disse sentrale føringene er rammebetingelsene.

Bak innhenting av materialet ligger det en betydelig innsats i mange sentre og av mange medarbeidere. Det er naturlig å takke alle som samvittighetsfullt har bidratt med tid og krefter til dette arbeidet i en ofte travel hverdag. Sentrene har svært ulike ressurser og datakvaliteten varierer noe. Det er lagt ned et betydelig arbeid for å bedre kvaliteten i årets undersøkelse. Ett uttrykk for dette er at andel svar ”ukjente/usikre” er redusert. Funnene må likevel leses i lys av at mange har vært involvert i datainnsamlingen uten at de har fått spesifikk opplæring.

Rapporten har også i år kommet senere enn planlagt. Noen av sentrene har hatt datatekniske problemer. Registrering og koding har også tatt lenger tid enn ønsket. Vi håper likevel at de enkelte sentre og andre brukere vil ha nytte av den.

Oslo juni 2009

(s)  
Helge Waal

(s)  
Thomas Clausen

(s)  
Atle Håseth

(s)  
Pål H Lillevold

## Innhold

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING I NORGE - STATUS ETTER 10	
ÅR.....	5
Bakgrunn.....	5
Utviklingen .....	5
Status-undersøkelsen 2008.....	7
Evalueringer.....	12
Nye retningslinjer for LAR.....	13
Sentermodeller – utviklingsmønstre og utfordringer .....	14
LAR i lys av internasjonal forskning og utvikling.....	15
Litteratur .....	17
LAR I NORGE .....	21
Oversikt over antall i behandling, inntak og utskrivninger.....	21
Senterstørrelse og ressurser.....	24
STATUSUNDERSØKELSE 2008 .....	26
Hvem har svart? .....	26
Svarprosent .....	28
Andel ukjente .....	29
KJØNN OG ALDER .....	30
AKTUELL SITUASJON.....	30
Retensjon.....	30
Sosial funksjon.....	31
Boligforhold.....	34
Smittestatus (blodsmitte) .....	34
MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	35
Medikamentvalg .....	35
Dosering.....	36
Behandlerne leger .....	37
Forskrivning av andre medikamenter .....	38
KONTROLLTILTAK.....	39
Utlevering av medikament.....	39
Urinprøveordning.....	41
PSYKOSOSIAL BEHANDLING .....	42
Kontakt med behandlingsapparatet siste 4 uker.....	42
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER .....	45
Psykisk helse .....	46
Fysisk helse.....	48
RUSMIDDELBRUK .....	49
Opioider .....	49
Cannabis.....	50
Benzodiazepin.....	50
Sentralstimulerende midler .....	51
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker.....	52
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR.....	55
Kriminalitet.....	55
Overdoser og selvmordsforsøk .....	56
Bruk av rusmidler siste år .....	57
FORNØYDHETSMÅLINGER .....	57
Pasientens vurderinger .....	57

Behandlers vurdering .....	58
Endringsbehov .....	59
FORSKNING.....	60
LAR-evaluering v/Helge Waal .....	60
Holdninger til og kunnskap om legemiddel assistert rehabilitering (LAR) blant LAR-ansatte - en tverrsnittsundersøkelse v/Linn Gjersing.....	60
Naltrekson implantat som tilbakefallsreduksjon etter behandling v/Nikolaj Kunøe .....	61
Naltrekson implantat som behandling for heroinavhengighet .....	61
etter løslatelse fra fengsel v/Philipp Lobmaier .....	61
Klinikk Motivasjon – et lavterskeltiltak basert på forskrivning av Subutex, V Linn Gjersing.....	62
Somatisk sykkelighet hos opioidavhengige før, under og etter legemiddelassistert rehabilitering v/Ivar Skeie.....	63
Traumatisering, posttraumatisk stresslidelse og opiatavhengighet v/Ragnhild Kjølrsrud.....	64
Helseprosjektet ved SERAF v/Katinka Anchersen.....	65
Mortalitetsstudien ved SERAF v/Thomas Clausen .....	65
Kriminalitet i LAR: Et SERAF forskningsprosjekt .....	66
Graviditet og LAR: En nasjonal studie av mødre i LAR-behandling v Monica Sarfi, Gabrielle Welle-Strand, Annika Melinder og Edle Ravndal .....	68
APPENDIX – TABELLARISKE OVERSIKTER - .....	70
Norge og regionene.....	70
Region Øst - de enkelte fylkesvise tiltakene.....	75
Region Sør- de enkelte fylkesvise tiltakene.....	82
Region Vest – de enkelte fylkesvise tiltakene .....	89
Akershus – enkeltsentre/tiltak.....	96
Oslo – enkeltsentre.....	102

# LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING I NORGE - STATUS ETTER 10 ÅR

## **Bakgrunn**

LAR ble etter lange faglige diskusjoner og forutgående forsøksvirksomhet vedtatt som et nasjonalt tilbud i Stortinget i 1997. HIV-MET hadde vist at stabilisering med metadon gjør det mulig å behandle injiserende HIVsmittede heroinbrukere for sin virusinfeksjon (1;2). MiO – metadonprosjektet i Oslo – hadde vist at det var mulig å behandle ”de som alle andre mislyktes med” – injiserende misbrukere over 30 år med minst 10 års heroinbruk og minimum 3 tidligere behandlingsforsøk (3). Den modellen som ble valgt var bygget på den opprinnelige amerikanske modellen fra Dole og Nyswander (4) videreutviklet i Sverige av Lars Gunne (5). Denne forutsetter primært fokus på rehabilitering og er bygget opp med innleggelse, avvenning, rehabiliteringsarbeid i institusjon som fortsetter etter utskrivning i lang tid. Det er høy vekt på kontroll av rusmiddelbruk (urinprøver) og overvåket daglig utlevering av medikament. Kriteriene for inntak ble preget av de kriteriene som MiO hadde valgt for forsøksformålet. Man kan samlet si at modellen ble utformet etter rådende faglige og politiske strømninger både slik at det ble lagt en nokså høy terskel for å komme i behandling og slik at hovedfokus var på medikamentet som middel til noe annet enn legebehandling, dvs tverrfaglig rehabilitering. Siden all behandling av rusmiddelproblemer på den tiden var regulert av Lov om sosiale tjenester, ble sosialsenteret ble en hjørnestein i søknadsprosessen. Modellen ble dessuten utviklet som et trepartsamarbeid forankret i sosialsenter, fastlege og LAR-senter med ansvarsgruppesystemet som koordinerende virkemiddel.

Kritikken mot LAR – den gang MAR (metadonassistert rehabilitering) var fra flere hold hard. MAR ble på den ene siden sett som et ledd i samfunnets undertrykking av en utsatt gruppe med krav om at de måtte være ”passe elendig” mens folk døde i metadonkø (6). På den annens side ble det hevdet at behandlingen mangler nødvendig empirisk grunnlag god forskning (7) og at den ville undergrave langsiktig kostnadskrevende rehabiliteringsarbeid uten at effektene på mortalitet og psykososial rehabilitering var vist (8).

## **Utviklingen**

### **Antall i behandling og inntaksaktivitet (s 21-27)**

Kapittel II, LAR i Norge, viser en oversikt over utviklingen. På tross av komplisert inntaksprosess har antallet i behandling økt raskt og jevnt med ca 500/år. Ved siste årsskifte var det 4913 pasienter i LAR. Det er tegn til avflating men antallet stiger fortsatt (fig 1). I tillegg har 2226 vært i LAR i kortere eller lenger perioder. I følge SIRUS beregning var antall injiserende misbrukere i Norge 8200-12500 i 2006 og bedømmes i dag uendret eller lavere (9). Pasientene i LAR inngår delvis i tallet slik at totaltallet er høyere. På den annen side bruker noen først og fremst amfetamin og sedativa og inngår derfor ikke i målgruppen. Vi kan derfor bruke SIRUS tall som et grovt anslag for målgruppen for LAR. Et antall på 4913 vil da si at mellom 39 % og 58 % av målgruppen i behandling etter 10 år. Ytterligere 18 – 27 % har vært i

behandling. Dette vil si at dekningsgraden er fullt på høyde med et europeisk gjennomsnitt. Men samtidig er det et godt stykke igjen til full dekning som kan beregnes til  $\frac{3}{4}$  av målgruppen, dvs ca 7000 pasienter. Oversikten viser også at behandlingen er tilgjengelig i hele landet. Målet om nasjonal tilgjengelighet er derfor oppnådd.

### Søkertall og ventetid

Kapitlet viser også at søkerantall og ventetid er gått ned. De første årene steg årlig antall inntak opp til 1000 (figur 2). Nå har inntakene gradvis sunket til vel 800. Dette peker mot noe minskende press. Antall som venter var ved årsskiftet i 2000 kommet opp i over 800 og har siden gått ned, ved siste årsskifte til 386 pasienter (figur 3). Tallet omfatter både de som venter på vurdering og de som har fått ja, men venter på oppstart. Alle får vurdering innen 30 dager men tiden frem til inntak etter dette er ulik. Noen steder som Vest-Agder dreier det seg om dager, mens det i Midt-Norge og Oslo kan komme opp i 3-4 måneder, spesielt dersom institusjonsbehandling er vurdert nødvendig. Går vi bak tallene, vil vi se at andelen førstegangsinnntak er jevnt redusert til den siste år var 59.5 %. Andelen reinntak øker. Et gjennomsnittlig antall ventepasienter på 380 vil med forventet ventelistemortalitet (10) tilsi at noe under 10 dør årlig mens de venter, derav 7 av overdose.

### Utskrivninger

LAR kritiseres ikke sjelden for å ”kaste ut” pasienter. Grunnlaget er at utilstrekkelig effekt etter forutsetningene skulle medføre avsluttet behandling. Problemstillingen har vært drøftet i gjentatte nasjonale LAR-møter. Sett fra en side er kritikken urimelig. Rapporten viser at andelen pasienter i behandling ved slutten av året i forhold til summen av de som var det ved begynnelsen og de som har begynt i løpet av året, var 91 %. Frafallet i løpet av et år er altså noe under 10 %. Dette er et svært lavt antall sammenliknet med andre land (se f eks (11)). Hvor mange av disse er så skrevet ut mot egen vilje? De første årene ble en høy andel utskrevet ved ”vedtak” – som beslutning fra sentrene (fig 5). En del av disse ble utskrevet på grunn av rusmiddelbruk. Mange er kritiske til slike utskrivninger (12). Problemet er diskutert i nasjonale LAR-møter. Den relative andelen utskrevet selvvalgt, altså fordi de slutter å komme eller aktivt velger å avslutte, har økt jevnt. Det siste året har andelen ”vedtak” gått drastisk ned. Det er altså i dag svært få som ”kastes ut”. Dette er i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet som krever ”forholdsmessighet” og samlet faglig vurdering. På den annen side er det fortsatt pasienter som må avslutte mot sin vilje. Det typiske er utskrivning ved omfattende rusmiddelbruk som omfatter heroin uten at tiltak for dette virker. Det er også noen tilfeller av vold og trusler, og en del tilfeller hvor pasienten ikke vil godta kontrolltiltak behandlerne mener er nødvendige. Ingen skal i dag kunne skrives ut på grunn av cannabisbruk alene. Et uavklart spørsmål er om mindre streng holdning og lavere bruk av formell utskrivning, kan føre til mindre forventninger til pasientene og derfor også lite aktiv rehabilitering. ”Selvvalgt” utskrivning kan dessuten avspeile negativ eller likegyldig holdning bland behandlere.

### Ressursene

Den sterke økningen i antall pasienter, er ikke fulgt av tilsvarende ressursøkning. Sentrene får midler til medikament og midlene til ulike prøver dekkes av helseforetakene driftsbudsjetter og av refusjon. Men midlene til behandling og rehabilitering har ikke økt tilsvarende. Tabell 1 viser at LAR-konsulentene, de som er behandlingskoordinatorer og ansvarlige for den psykososiale oppfølgingen, nå

gjennomsnittlig har 50 pasienter hver, litt flere enn forrige år. Tabellen viser også betydelig forskjeller mellom sentrene. Helseregion Øst – som har den tyngste pasientbelastningen, har omtrent 70 pasienter pr konsulent. Dette er mer enn det dobbelte av antallet i Region Midt. Ressursene i Region Øst er stort sett konsentrert i et stort senter i Oslo. Helseforetakene i fylkene rundt har i liten grad gitt ressurser til oppfølging. Akershus og Østfold har særlig små ressurser i LAR-arbeidet.

Et spesielt forhold er viktig. Trepert-modellen forutsetter aktivt samarbeid med fastleger og sosialsentre. Siktemålet er langsiktig tverrfaglig oppfølging og rehabilitering. Dersom noen av partene mangler interesse, kvalifikasjoner eller tid, kan resultatet bli dårlig. Modellen forutsetter altså kompetente og interesserte fastleger og sosialsentre – helst med rimelig arbeidssituasjon.

## **Status-undersøkelsen 2008**

### Undersøkelsen (s 27-30)

Det ble levert 4172 skjemaer. Dette tilsvarer en svarprosent på 77,5 %, litt lavere enn tidligere men fortsatt svært bra. Bruken av svarkategorien ”ukjent” er gått ned og er nå så lav at slik usikkerhet ikke lenger skulle være noe stort problem. Svarprosenten er imidlertid skjev med lavere deltakelse og større usikkerhet i Region Øst. I Oslo er det høy deltakelse i LAR Øst og lav for pasienter overført til bydel. Svarmønsteret preges derfor av pasienter i en oppstartfase. Utfyllingen har noen steder skjedd som samarbeid med pasienten. Andre steder er skjemaene utfylt av konsulent uten drøfting med andre. Reliabilitet må vurderes på dette grunnlaget.

### Sosial situasjon (s 32-35)

Noen trekk har fulgt LAR fra starten av. Oppfølgende undersøkelser har vist en høy andel i selvstendig boform men lav andel rehabilitert i forhold til arbeidslivet og en betydelig andel med uføretrygd som viktigste inntekt. Andelen som har vært avhengig av sosialhjelp har variert betydelig. Dette finner vi også nå. Åtte av 10 har egen bolig, 2,5 av 10 har hel- eller deltidsarbeid og eller er i utdanning/skolering, 4 av 10 har uføretrygd og 1,5 av 10 sosialhjelp som viktigste inntekt. Den typiske rehabiliteringen går altså ikke mot lønnsarbeid og økonomisk selvstendighet men mot uføretrygd og ulike sosiale støtteordninger. De fleste får egen bolig.

Rehabiliteringspotensialet vil avgjøre om dette er et godt eller dårlig resultat. Andelen med betydelige somatiske og psykiske sykdommer er høy. Det er dessuten høy andel som har vært mange år uten arbeid og er uten kvalifikasjoner. Det er derfor naturlig at mange har krav på uføretrygd. Lav andel kan også være for lav. Det er likevel lite rimelig med en variasjon mellom 34 % og 64 % i sentrene (figur 11). Det er dessuten så vidt stor variasjonene i forhold til andel i fast beskjeftigelse at det noen steder må være et ubrukt potensial. I LAR Midt-Norge er nesten 50 % er i arbeid eller utdanning. Det er vanskelig å se noen annen grunn enn aktiv holdning i senteret og godt arbeid i NAV. Når det gjelder sosialhjelp er det tilnærmet to grupper; en hvor mindre enn 10 % får sosialhjelp og en hvor mer enn 15 % får det. I Oslo er andelen høyere enn 30 %. Forklaringen er delvis at svarene der preges av pasienter i en oppstartfase, men kan også ha sammenheng med utilstrekkelig vekt på aktiv rehabilitering.

### Helsetilstand (s35 og s 46-49)

Undersøkelsen redegjør for smittetilstand, psykisk og fysisk helse med grove og dessverre nokså usikre mål. Noe over 2 % er HIV positive men andelen er skjev (figur 14). De HIV-positive finnes stort sett i Oslo og Akershus, dels i omliggende fylker og nesten ikke i Agderfylkene, Midt- og Nord-Norge. Vel en fjerdedel, 27 % har sykdom eller skade betydningsfull nok til å påvirke livskvaliteten. 17 % har tegn på alvorlig depresjon og 21 % tegn på alvorlig angst. Disse funnene er temmelig uendret fra tidligere år, og bekrefter at pasientene i LAR er en gruppe preget av betydelig sykkelighet, både psykisk og somatisk. Dette dreier seg i stor grad om langvarige, til dels kroniske tilstander. Statusundersøkelsen viser her betydelig forskjeller mellom sentrene med høyere somatisk sykkelighet i Region Øst. Slike forhold har stor betydning for målsetting i rehabiliteringsarbeid og for valg av samarbeidspartner og metoder i behandlingen.

### Behandlingen

LAR – legemiddelassistert rehabilitering – tilsier at medikamentet bare er et hjelpemiddel til den egentlige innsatsen som er rehabilitering. De vanligst brukte navnene er internasjonalt ”substitution-therapy”, ”maintenance therapy” eller ”replacement therapy” – alt begreper som med litt ulike betoningier sier at medikamentet skal erstatte eller komme i stedet for det illegale morfinstoffet. ”Medical prescription” brukes særlig i forbindelse med heroin for å tydeliggjøre forskjellen på legalt og illegal bruk. Den psykososiale målsettingen ”rehabilitering” brukes sjelden selv om ”recovery” brukes som uttrykk for slike målsettinger.

I Norge har det vært tendens til å nedtone viktigheten av legemidlet. ”Medikamentet er bare en liten” av et stort arbeid. Ser man på internasjonal evalueringslitteratur har dette svak støtte. De fleste av gevinstene er tydelig knyttet til medikamentet (13) mens de psykososiale tiltakene øker måloppnåelsen, særlig i forhold til livskvalitet og langsiktige målsettinger om utvikling (14).

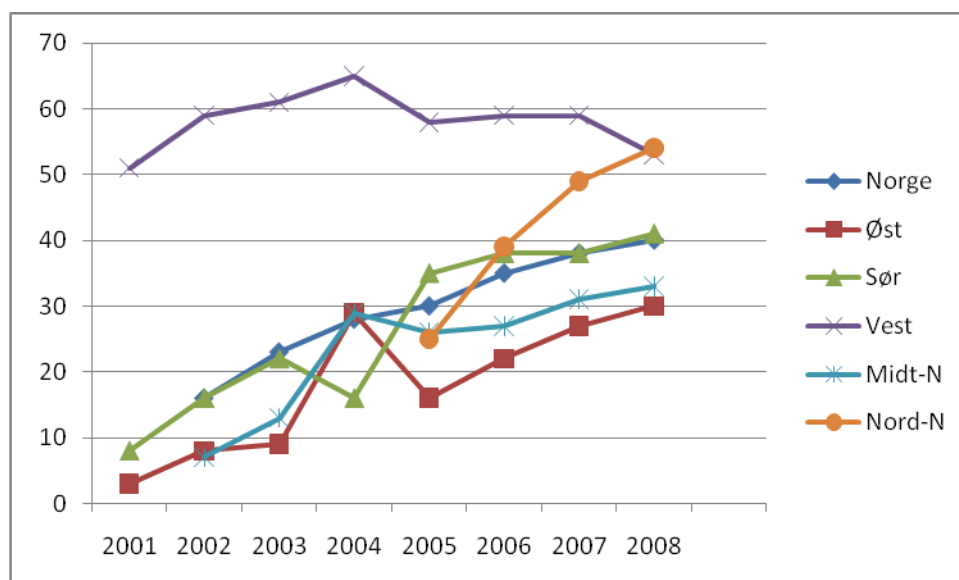
### Medikamentell behandling, preparater, dosering og kontrolltiltak (s 36-39)

Metadon var lenge det eneste tilgjengelige midlet. Doseringen ble først holdt skjult for pasienten slik at bare virkningen og ikke antallet mg skulle styre vurderingene. Dette ble tidlig endret etter at bruk av åpen og individuell dosering ikke syntes å øke kravene om doseøkning. Deretter kom buprenorfin i form av Subutex som en mulighet i 2000. I Hordaland ble dette midlet utprøvd som førstevalg og funnet velegnet og midlet ble populært både hos leger og pasienter. Siden dette har andelen i behandling med Subutex holdt seg høy i Vest-Norge mens den har vært stigende i resten av landet. Ett av sentrene har hatt en drastisk økning i andelen i behandling med Subutex (LAR i Nord). I 2008 var 59,1 % behandlet med metadon og 40,9 % med Subutex (eller Suboxone). Førstevalget er i dag buprenorfin på grunn av høyere sikkerhet, helst i form av Suboxone. Dette preparatet inneholder en motgift som blir aktiv om pasienten tar det i sprøyte. Dette gjør det mindre attraktivt i illegal omsetning.

I fagmiljøene er det i dag betydelig enighet om medikamentbruken. Enigheten er ikke like stor blant pasienter. Anbefalingene fra Helsedirektoratet overensstemmer med praksis i sentrene, likevel med det forbehold at pasientene skal kunne ha vesentlig innflytelse på valget.



**Figur 01. Andel (%) i behandling med Subutex i de ulike regionene.**



Doseringen i Norge er høy. Internasjonalt anbefales oftest 80-120 mg som doseringsområde for metadon og 12-24 mg for buprenorfin. Statusundersøkelsen viser at LAR i Norge følger slike anbefalinger. Tidligere har enkelte sentre hatt et gjennomsnittlig doseringsnivå av metadon over øvre anbefalte grense. Gjennomsnittet har nå gått noe ned. Ett senter ligger fortsatt i overkant (fig 17). Samlet kan en karakterisere norsk praksis som preget av individuell dosering innenfor øvre del av anbefalt nivå. Dette svarer til de siste internasjonale anbefalingene (15).

Et annet internasjonalt trekk er økende vekt på allmennleger og på ”shared care”, dvs behandling lagt opp som samarbeid mellom spesialsentre og andre nivåer. Også her passer norsk LAR godt inn i anbefalt modell. Det vanligste er at fastlegen forskriver medikasjonen som utleveres i apotek etter at behandlingen er godkjent og innstillingen av doseringen skjedd i LAR sentre. Tre mønstre er likevel til stede (figur 19 og 20). I ”senterstyrt modell” beholder senterlegene forskrivningen og medikamentet utleveres i senter eller i andre helsetiltak. I ”senterstart”-modellen forskriver senterlegene inntil pasienten er stabil og medikamentet utleveres den første tiden i senteret. Deretter ”overføres” pasienten til fastlege og førstelinjetjeneste. I førstelinjemodellen har fastlegen fra starten av forskrivningen veiledet av senteret og medikamentet utleveres tidlig i apotek. Denne modellen har ofte høyere bruk av institusjon i den første fasen med avvenning og oppstart der. Hver av disse modellene har sin fortrinn. Det som synes særlig viktig er en god og robust koordinering og samarbeid.

Når fastlegene får en sentral rolle tidlig, blir det desto viktigere at disse har kompetanse og godtar anbefalingene i behandlingen. Her er det noen betenkelige trekk. Noen fylker som Østfold, Telemark og Oppland har tradisjoner for høy forskrivning av benzodiazepiner. Dette ser ut til å prege behandlingen også i LAR. I

et fylke som Telemark får nesten 50 % av pasienten forskrevet slike midler fra leger stikk i strid med anbefalingene i LAR. I det motsatte ytterpunkt, i Midt-Norge - skjer dette nesten ikke. Andre avhengighetsfarlige midler forskrives lite eller ikke og stort sett er legene forsiktede med midler som kan interferere. Den økte vekten på fastleger setter imidlertid søkelys på fastlegenes kompetanse og på deres lojalitet i samarbeidet.

#### Kontrolltiltak (s 40-42)

LAR er alle steder bygget opp med et kontrollsystem som skal minske farene for at medikamenter kommer på avveier. Det viktigste er kontroll av utleveringen, eventuelt daglig overvåket utlevering av medikamentet. Dette begrenser imidlertid frihetsgraden vesentlig og kan hindre rehabilitering på flere vis. Dette medfører ulike former for "ta-hjem-rettigheter". I LAR kalles dette "hentestige" – etter hvert som pasienten blir stabil og gjør fremskritt i behandlingen, skal han eller hun få økte rettigheter. I vurderingen av dette brukes det i mange land urinkontroller som skal vise om pasienten har "rusmestring" – dvs ikke bruker rusmidler. Norge – og Sverige – skiller seg ut ved hyppige slike kontroller. Dette er i dag ikke vanlig i mange land, blant annet på grunn av kostnadene. Det er imidlertid også faglige innvendinger hvor synspunktet er at andre former for kontakt skal erstatte urinprøvene som kan oppleves nedverdiggende. Endelig brukes også kontrollene pedagogisk. Det antas både at enkelte trenger en ytre kontroll og at "negative prøver" – bevis på at man ikke bruker rusmidler, kan være nyttige som "bevis" på fremskritt og dessuten som forutsetning for sertifikat, visse yrker, i barnevernssaker mv.

Norge ligger høyt på en skala over kontrollgrad. Statusundersøkelsen viser at 65 %, altså flertallet har urinprøver minst en gang i uken og at ytterligere 25 % har stikkprøver. Den gjennomsnittlige frekvensen var 1/uke. Utviklingen har her gått mot fallende frekvens som var 50 % høyere i 2006 og 2007.

Kostnadene ved denne prøvevirksomheten er betydelig selv om den ikke sees på sentrenes regnskap fordi kostnadene bæres av det øvrige helsevesenet og av NAV. Det er selvsagt likevel grunn til å vurdere nytteeffekten i forhold til kostnadene. Pasientmiljøet synes å være delt i synet. Noen kommer med sterk kritikk mens andre føler prøveordningen som en betryggelse. Det foregår i dag prøvevirksomhet i LAR Øst for bruk av spyttprøver i stedet for urinprøver. Slike prøver er enklere å forene med vanlige legekonsultasjoner og med andre kontakter i helsevesenet og bør oppleves mindre negativ. Det er imidlertid også store forskjeller i vekt på kontrollprøvene mellom sentrene. Dette bør også vurderes.

#### Psykososiale behandlingstiltak (s 43-45)

Undersøkelsen sier ikke noe direkte om hvilke behandlingstiltak de enkelte sentrene bruker ut over hvilke typer kontakter pasienten har hatt siste 30 dager. Aktiv rehabilitering forutsetter oftest regelmessig tverrfaglig kontakt. Det vi ser at undersøkelsen vel 6 av 10 har hatt minst en kontakt med sossialsenteret, nesten 6 av 10 med fastlegen og nesten 5 av 10 med LAR-konsulent. Nesten 5 av 10 har hatt møte i sin ansvarsgruppe. Dette peker mot en nokså høy tverrfaglig kontakt men det sier lite om kvaliteten. Det er rimelig å anta at denne vil variere. Systemet er avhengig av kompetanse i førstelinjen og/eller aktiv oppfølging fra LAR.

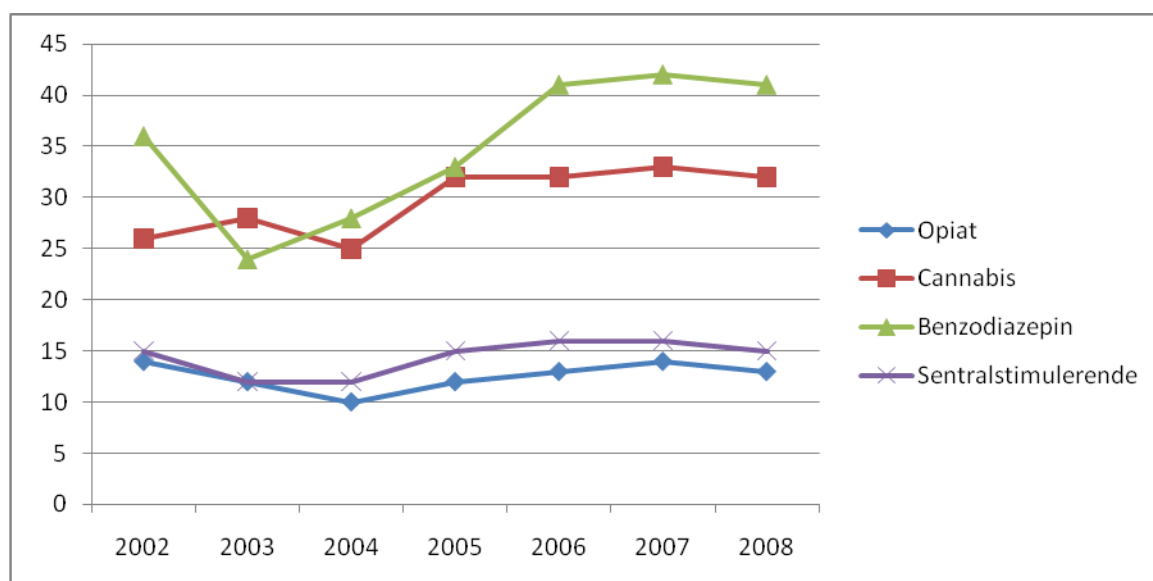
Kontakten med annen spesialisthelsetjeneste er lav. Mindre enn 1 av 10 har hatt kontakt med psykiatrisk helsetjeneste på tross av betydelig komorbiditet. Det er nesten ingen bruk av gruppebehandling.

#### Rusmiddelbruk (s 50 – 55)

Målestokken her er enhver bruk siste 30 dager, målt ved minst en positiv urinprøve og/eller opplysninger om bruk av stoffet. Vi ser at det har vært betydelig økning i bruk av benzodiazepiner og en viss økning i bruk av cannabis. Andelen med bruk av opiat og sentralstimulerende midler har vært stabil.

Ikke sjelden fremsettes det påstander om at pasientene fortsetter å ruse seg. Figurene 32 til 34 viser at dette ikke er riktig, spesielt ikke i forhold til heroin og andre morfinstoffer. Bare 13 % har brukt heroin slik at den store majoriteten klarer seg godt på dette området. Bruken av sentralstimulerende midler er heller ikke noe stort problem (15 %). Cannabisbruken er noe høyere (32 %), men det er bruken av benzodiazepinpreparater som er det største problemet. Mer enn 4 av 10 (42 %) har brukt slike preparater. Noe under halvdel av disse (19 %) har midler fra forskrivning mens over halvdel har all slik medikasjon fra illegale kilder. På dette området er det særlig stor variasjon. Ett senter som LAR Midt-Norge påviser benzodiazepinbruk hos 15,9 % mens LAR Telemark finner det hos 53 %. Det ser ikke ut til at høy andel med legal forskrivning forhindrer bruk av medikamenter fra illegale kilder.

**Figur 02 Andel (%) som har fått påvist bruk av ulike midler siste 30 dager**



Det er flere problemer knyttet til dette. Benzodiazepiner forsterker rusvirkningen av alle morfinstoffer slik at den stabiliteten blir svekket. Et annet problem er at midlene har dempende virkninger og potenserer hverandre. Pasienten blir sløvere, har mer svekket psykomotorisk funksjon og mer svekket kognisjon. Dette er definitivt negativt for rehabilitering. I tillegg blir pasientene mer preget av mistrivsel og faller i større grad utenfor i sosiale sammenhenger (16).

Dette gjenfinner vi i bedømmelsen av rusmiddelmeistring (fig 35-39). Det er 44 % som aldri har brukt noe rusmiddel siste 30 dager og i tillegg 24 % med noen enkeltepisoder. Vel 68 % bruker altså ikke eller svært lite rusmidler. Dette tilsvarer at 57 % bedømmes til å ha hatt god meistring av sitt rusmiddelforbruk og bare 12,8 til å være preget av avhengighet. Alt dette forutsetter at vi ser bort fra regelmessige tilførsel av det morfinstoffet som forskrives.

Det er imidlertid betydelige forskjeller. Noen sentre, særlig LAR Midt-Norge beskriver betydelig bedre meistring og noen, særlig Telemark, betydelig dårligere enn gjennomsnittet. Om vi analyserer tallene, samvarierer dette ikke tydelig med forskjeller i heroinbruk. Forskjellen samvarierer i første rekke med benzodiazepinbruk og noe med cannabisbruk. Om vi går tilbake til funnene i forhold til rehabiliteringssituasjon, vil vi se samvariasjon også med andel i meningsfull beskjeftigelse og med bruk av sosial støtte. Skal man oppnå bedre rehabilitering, ser det derfor ut til at en bør satse på en aktiv oppfølging som omfatter alle rusmidler i et helhetlig perspektiv. Dette igjen kan forutsette at det lykkes å skape aktivt samarbeid mellom førstelinjetjenesten og LAR.

#### Tilpasning siste år (s 56-58)

Noen vurderinger i undersøkelsen berører overordnede mål på sosial situasjon og funksjon over lenger tid – siste år. Noe mer enn 1 av 10 har vært pågrepet og/eller fengslet. Omtrent 3 av 100 har hatt en behandlingstrengende overdose og 2 av 100 har hatt et selvmordsforsøk. Alle disse tallene viser en gruppe som har betydelig større problemer enn gjennomsnittet i befolkningen, men om en sammenlikner med rusmiddelgrupper i Norge (17) og med situasjonen før behandlingen er det betydelige fremskritt. Det er også et spørsmål om bruk av rusmidler siste år og 32 % skal i følge denne rapporten overhodet ikke hatt slik bruk. Også på disse spørsmålene er det betydelig variasjon mellom sentrene med de samme sentrene som beskriver god og mindre god funksjon.

#### Fornøydhet (s 58-60)

Er så pasienter og behandlere fornøyd med behandlingen? Dette vurderes ved grove ja/nei – svar. Det brukes ingen validerte instrumenter. Det er dessuten den sentrale behandlingskontakten som vurderer både pasientens og egen fornøydhet. På landsbasis bedømmes noe over halvdel, 54 %, som fornøydde med behandlingen mens 53 % av behandlerne selv erklærer seg fornøydde. Likevel mener behandlerne at bare en mindre andel at det trengs endringer. På direkte spørsmål svarer de at det er behov for endringer for 21 %. Når det gjelder variasjoner mellom sentrene, gjenfinnes det typiske mønsteret. Det er størst fornøydhet og minst behov for endringer i Midt-Norge.

## **Evalueringer**

LAR har helt fra starten vært fulgt med undersøkelser og vurderinger. Den første samlede beskrivelsen ble gjort i allerede etter ett år (18). Det ble gjort så gjort en treårsrapport (19) publisert i legetidsskriftet (20). Disse evalueringene fremhevet at behandlingsmodellen i økende grad ble akseptert og førte mot bedret samarbeid mellom leger og sosialsektor. Redusert kriminalitet og mortalitet var sannsynliggjort

men behandlingen fungerte for noen mest som skadereduksjon. Ventetid og inntaksvansker ble påpekt.

I 2000 ble buprenorfin et aktuelt preparat i form av Subutex. Dette ble prøvd ut i Vest-Agder, Hordaland og Oslo i litt ulike modeller. Samlet konklusjonen var at midlet var likeverdig men med noe lavere retensjon men også mindre overdosefare. I Oslo ble midlet spesielt vurdert som venteliste-preparat. Konklusjonen var at Subutex også kunne brukes til å avhjelpe situasjonen uten den mer omfattende rehabiliteringsinnsatsen selv om resultatene blir noe svakere (21). Det ble på den tiden hevdet at tilvenningen ved buprenorfin var vesentlig svakere slik at midlet kunne brukes tidsavgrenset med sikte på å gjøre pasienter tilgjengelig for psykososiale tiltak. Dette ble prøvd ut men konklusjonen var negativ. Gevinstene var knyttet til de som fortsatte med midlet. Behandlingsavslutning brakte pasienten tilbake til mortalitet og morbiditet slik dette er uten behandling (22;23).

LAR gjennomgikk så en omfattende evaluering i 2004 (24;25). Hovedkonklusjonene var at den grunnleggende modellen passer godt i Norge. Der hvor modellen fungerer etter intensjonen, er den god men den kan også bli tungvint og forfalle til lite produktive rutiner. Det hadde utviklet seg betydelige forskjeller mellom ulike sentre og resultatvariablene samvarierer med ulikhetene. En del av de særnorske bestemmelsene har liten dekning i internasjonal forskning. I oppfølgende anbefalinger (26) fremmes integrering i vanlig helsevesen, at pasientrettighetsloven skal gjøres gjeldende, nasjonale retningslinjer skal erstatte kriterier, at rehabiliteringsmålet skal forstås ut fra den enkeltes ressurser, at kapasitet og ressursituasjon skal bedres men også at kontrollnivået skal opprettholdes. Nasjonal likehet i tilbudet skal fremmes. Det anbefales en egen klagerett i forhold til sosialsentrenes vurderinger.

### ***Nye retningslinjer for LAR***

På dette grunnlaget ble det oppnevnt en arbeidsgruppe som skulle utarbeide nye retningslinjer. Arbeidet var opprinnelig tenkt avsluttet i 2007. Forslag til nye retningslinjer er nå på høring og forventes politisk behandlet i løpet av høsten.

Det som synes klart er at de spesielle kriteriene for inntak og utskrivning vil bli avvirket. Kriteriet skal bare være opioid avhengighet og egnethet. Aldersgrense og krav om tidligere behandling frafalles. Utskrivninger skal alltid vurderes etter forholdsmessighet og den grunnleggende vurderingen skal knyttes til medisinsk forsvarlighet. Bruk av urinkontroller skal knyttes til medisinske behov mens kontrollfunksjonen skal nedtones. Treparts-modellen opprettholdes med inntaksmyndighet i spesialisthelsetjenesten. Behovet for opplæring av fastleger og sosialsentre og kompetansebehov og kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten understrekes innenfor en integrasjonslinje. En del av de spesielle myndighetsforholdene knyttet til styring av behandlingen skal forskriftsfestes. Brukerrettighetene understrekes. Spesielt understrekes at ventetiden skal ned.

Retningslinjene har vært diskutert på nasjonale LAR-møter. Den alminnelige reaksjonen var positiv. Hovedinntrykket er at de sentrale trekkene beholdes samtidig som de mer begrensede sidene mykes opp. Tre ulike bekymringer gjør seg imidlertid gjeldende.

En er knyttet til ressursituasjonen. Antallet pasienter i behandling øker jevnt uten tilsvarende ressursøkning. Det antas usikkert om det vil bli kompetanseøkning i førstelinjetjenesten.

Den neste er knyttet til integrering. Opptaket til behandlingen skal integreres i helseforetakenes generelle ordninger og behandlingen i den generelle spesialiserte rusbehandling. Dette kan bety at LAR-kompetansen som er blitt bygget opp, vil forvitte.

Den tredje er knyttet til senkete krav. Dette gjelder særlig sentre med høy rehabiliteringsprofil, betydelig vekt på oppfølging av tegn på rusmiddelbruk og på myndighet og styring i forhold til brukere og samarbeidspartnere. Her fryktes forflating og kvalitetsreduksjon.

## **Sentermodeller – utviklingsmønstre og utfordringer**

Det er ovenfor vist til

1. ”senterstyrt modell” hvor senterlegene forskriver og medikamentet utleveres i senter eller i andre helsetiltak.
2. ”senterstart”-modellen hvor senterlegene forskriver inntil pasienten er stabil og medikamentet utleveres den første tiden i senteret. Deretter ”overføres” pasienten til fastlege og førstelinjetjeneste.
3. A. førstelinjemodell hvor fastlegen fra starten av forskriver veiledet av et aktivt og sterkt senter og medikamentet utleveres tidlig i apotek.
4. B. førstelinjemodell men uten styring fra et ressursrikt senter

**Tabell 01 Sentertyper og karakteristika Høyet er uthevet og lavest understreket.**

	LAR-Senter	Antall pasienter per konsulent	Retensjon (%)	Andel metadon (%)
Senterstyrt	Hordaland	72	93	<u>45</u>
	Rogaland	44	88	50
	Aust-Agder	27	96	59
Senterstart	Oslo	69	<u>82</u>	72
	Vest-Agder	44	95	49
	Telemark	46	96	50
Førstelinje A	Midt-Norge	30	91	67
	Nord-Norge	37	98	<u>45</u>
	Vestfold	31	96	60
	Buskerud	44	92	<b>80</b>
Førstelinje B	Østfold	139	93	60
	Akershus	<b>223</b>	97	69
	Oppland	33	<b>99</b>	65
	Hedmark	<u>25</u>	98	66

Tabellen viser at det omtrent like mange sentre innen hver type. Det er stor variasjon i antall pasienter pr konsulent. Østfold og Akershus skiller seg helt ut med svært høyt antall pasienter pr konsulent, men for øvrig kan det se ut som om en modell med primær vekt på førstelinjeoppfølging, er fulgt av flest ressurser. Det er liten forskjell i evne til å holde pasientene i behandling. De senterstyrte har i større grad bruk av buprenorfin som medikament.

**Tabell 02 Senter typer og ”resultater” (Høyeste andel uthevet, laveste understreket)**

	LAR-Senter	Andel uten ”arbeid” (%)	Andel uføretrygd (%)	Andel opiat + (%)	Andel THC + (%)	Andel bz + (%)
Senterstyrt	Hordaland	78	35	16	<b>39</b>	51
	Rogaland	69	35	14	22	35
	Aust-Agder	80	<b>64</b>	<u>3</u>	31	34
Senterstart	Oslo	85	41	<b>19</b>	<b>39</b>	43
	Vest-Agder	76	50	8	37	45
	Telemark	<b>86</b>	46	7	38	<b>53</b>
Førstelinje A	Midt-Norge	<u>54</u>	37	9	<u>12</u>	<u>16</u>
	Nord-Norge	70	<u>34</u>	15	<b>39</b>	42
	Vestfold	75	45	5	30	43
	Buskerud	66	34	12	26	40
Førstelinje B	Østfold	78	52	15	32	47
	Akershus	78	49	10	36	46
	Oppland	81	61	5	28	41
	Hedmark	74	54	15	28	38

Tabell 02 viser store variasjoner i resultater. Det er en tendens til at førstlinjemodellen gir lavere andel som hverken er i hel- eller deltidsarbeid eller i utdanning. Mønsteret for uføretrygding viser samme tendens. Det er ingen systematiske forskjeller i forhold til påvist bruk av rusmidler. Lar Midt-Norge skiller seg imidlertid ut i gunstig retning på mange parametre. Dette senteret skiller seg ut med god ressursituasjon og særlig aktiv oppfølging av samarbeidet med førstelinjen. LAR i Østfold og Akershus skiller seg ut i mindre gunstig retning. I disse fylkene er det ikke egentlig LAR-senter men mer koordinatorene uten ressurser til slik oppfølging. Samlet kan en se en tendens til at sentermodellene kan fungere med lavere ressurser mens førstlinjemodellen fungerer best når det er et sterkt og samarbeidsorganisert LAR-senter.

Det er imidlertid åpenbart også andre forhold av betydning. SERAF arbeider med analyse av dette. Dette hemmes i vesentlig grad av at alle data er aggregerte. Søknad om individbaserte data er avslått med henvisning til taushetsplikten. Dette er en vesentlig hemsko for å kunne utforske gode og mindre gode arbeidsformer.

### ***LAR i lys av internasjonal forskning og utvikling***

LAR har både sterke og svake sider målt med internasjonale vurderinger (27-31). Det foreligger et nasjonalt program som gjør behandlingen tilgjengelig i alle kommuner i en trepartmodell som er egnet til helhetlig behandling – medikamentelle og psykososiale tiltak. Men kvaliteten avhenger i stor grad av kompetansen i førstelinjen, spesielt der hvor det ikke er et sterkt LAR-senter. Det er derfor med god grunn de nye retningslinjene peker på behov av kvalifiseringstiltak.

Det kan også pekes på at LAR er relativt kostnadskrevenne samtidig som fagressursene i LAR er strukket svært langt. Kostnadene er i nokså stor grad knyttet til kontrolltiltak slik som overvåket utlevering og urinprøver. Særlig det siste er uvanlig i internasjonal sammenheng. I retningslinjeforslaget understrekes det at bruken av urinprøver skal ha kvalitetsformål og sikkerhetsformål, ikke pasientkontroll-formål. Her synes det å være betydelig rom for forbedringer. Det er likevel viktig å legge vekt på at lav kontroll medfører risiko for lekkasje av et potensielt farlig preparat og beholde tilstrekkelig kontroll til å minimere risiko (32). LAR skiller i dag ikke mellom buprenorfinholdige preparater og metadon i forhold til kontroll. Midlene er imidlertid ulike. Metadon er vesentlig farligere og Suboxone er minst farlig og minst attraktivt i illegalt salg. Det er grunn til å vurdere skille mellom de ulike stoffene gradert etter farlighet.

Et positivt trekk er at retensjonen er høy, både fordi modellen er desentralisert og fordi LAR bruker individtilpassete høye doser (15). Et aktuelt spørsmål er om fastleger skal få økt beslutningsmyndighet slik at legen selvstendig kan beslutte LAR. Dette er tilfelle i en del land, særlig for pasienter med god funksjon som kanskje ikke trenger omfattende rehabilitering. Evalueringer har gjennomgående vist at dette er fullt mulig (33). Den norske praksis går ut på overføring til fastlege eller en samarbeidsmodell med fastlegen i LAR-samarbeid slik flere anbefaler (34;35). Men det anbefales gjerne at pasienten henvises tilbake til spesialistsenter om utviklingen er dårlig. Det mangler praksis for dette i Norge. Allment praktiserende legers forening har pekt på behov for å avklare fastlegenes rolle og understreker flere begrensninger i hvilket ansvar allmennleger bør ha i forhold til tungt belastede misbrukere. Forskrivning innen LAR bør alltid være frivillig for legen, og behov for utbygging av spesialisthelsetjeneste på området understrekes. Foreningen er grunnleggende positiv men understreker at allmennlegen bør være deltaker i et tverrfaglig team. Foreningen går ikke inn for selvstendig initiativrett og ansvar (36). Det vises likevel til den såkalte "Bærumsmodellen" hvor kommuneoverlegen utviklet et kommunebasert opplegg med opplæring og oppfølging av den enkelte lege og av samarbeidet med sosialsentrene. Det foreligger altså en modell hvor kommuner har et hovedansvar knyttet til kommuneoverlegefunksjonen. Dette kan utredes nærmere som et supplement til LAR, men forutsetter kompetanse og ressurser i en kommunehelsetjeneste som foreløpig ikke er til stede i norske kommuner. Perspektivet er likevel interessant i lys av "samhandlingsreformen" som legger opp til betydelig økt ansvar for kommunene. Det er også aktuelle perspektiver knyttet til forslag om egen spesialitet i rusmedisin som er foreslått fra legeforeningen og vurderes av departementet.

Den kritikk en oftest møter i internasjonal sammenheng er knyttet til beslutningsprosessen som oppleves tungvint. De nye retningslinjene opprettholder den grunnleggende modellen men legger vekt på pasientrettighetsloven og fristkrav. Fastlegenes selvstendige initiativrett understrekes og om vurderingsfristen på 30 dager settes i sammenheng med legers mulighet til forskrivning for avgiftning og kriseintervensjon, er det vanskelig å se andre problemer enn kapasitetsmangel. . Søkelyset bør altså settes på dette og på forbedrede samarbeidsrutiner mellom disse og legene.

Problemet er mer knyttet til pasienter som her "hard-to-treat" og/eller "hard-to-reach". Flere land beskriver problemer med slike grupper, og "medical prescription of heroin"



– heroinbasert vedlikeholdsbehandling - sees av noen som en løsning. Noen av disse problemene er i Norge knyttet til ”Plata”-problemet. LAR i Norge kan med rette kritiseres for at terskelen er høy slik at ustabile pasienter og pasienter med andre former for søknadsvansker, lett vil bli stående utenfor. Det er i Norge bygget opp et relativt omfattende lavterskel helsetjenestetilbud – Feltpleien. Forsøk med lavterskel tilbud knyttet til Subutex/one, er lovende. Norsk LAR bør integrere slike modeller. Et annet problemområde er ”skadereduksjon”, dvs. behandling av pasienter som ikke har ønske om og/eller evne til en tilværelse uten bruk av rusmidler. De nye retningslinjene opprettholder rehabiliteringsbegrepet men understreker at målsettingen skal tilpasses den enkeltes ressurser og muligheter. Rusmiddelbruk er ikke i seg selv en utskrivningsgrunn. Det kan diskuteres om dette er en fullverdig løsning eller om LAR bør suppleres med en arbeidsform og modell som tydeliggjør andre målsettinger enn rehabilitering.

To andre perspektiver bør trekkes frem. Det ene er utvikling mot bruk av flere typer opioider som medikament i LAR. En ting er heroin slik det er beskrevet ovenfor (37-39). Her vil det være mange argumenter for først å satse på tilstrekkelig utbygging av LAR-systemet og av kompletterende modeller. En annen ting er at enkelte pasienter synes å ha vansker med å tilpasse seg bruk av buprenorfin samtidig som de kan ha plager fra bruk av metadon. Her anbefaler forslaget om nye retningslinjer at en vurderer om et morfinpreparat med særlig forlenget virkning, kan være en løsning (Substitol).

Det andre er at det er kommet en del forskningsfunn som peker mot at metadon og i noe mindre grad buprenorfin, kan ha uheldige bivirkninger. Dette gjelder hjerterytmeforstyrrelser (40-42). Her har en norsk studie undersøkt forekomsten i Norge og samtidig kunnet fastslå at problemet er reelt men at det i svært liten grad har ført til dødsfall (43). Et annet problem er hormonelle forstyrrelser(44). Det er pekt på problemer for mannlig seksualitet men også andre hormonelle forhold påvirkes for noen. En viss grad av kognitive forstyrrelser er påpekt og bør vektlegges i behandlingen (45). Slike forhold gjør at fortsatt forskning er viktig. Endelig viser en rekke studier at målgruppen for LAR har omfattende somatisk og psykisk samsykelighet (komorbiditet) (46;47). Statusundersøkelsen bekrefter dette men viser samtidig at det er lite samarbeid med psykiatriske tiltak. Oppfølging og kvalitetsutvikling på dette området bør åpenbart prioriteres.

## **Litteratur**

- (1) Waal H, Knutsen T, Welle-Strand G. Vedlikeholdsbehandling med metadon for HIV-smittet stoffmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111:3094-5.
- (2) Welle-Strand G, Heger B, Laneskog J, et al. Metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt. Evalueringsrapport. Oslo: Oslo kommune; 1992.
- (3) Waal H, Blix O, Krook A. Utredning om nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering. avgitt til Sosial- og helsedepartementet Oslo 1997. 2004.
- (4) Dole VP, Nyswander ME. Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. N Y State J Med 1966 Aug 1;66(15):2011-7.

- (5) Gronbladh L, Gunne LM. Methadone-assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug & Alcohol Dependence* 1(6):399-413, 1989;24:31-7.
- (6) Frantzen E. Metadonmakt. Møte mellom narkotikamisbrukere og norsk metadonpolitikk. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
- (7) Hermstad R JGMK. Hvilke effekter har vedlikeholdsbehandling med metadon på rehabilitering av heroinavhengige? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118:3139-41.
- (8) Furuholmen D. Norsk metadonpolitikk - hva kan vi oppnå? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113:1382-3.
- (9) Amundsen E. The Drug Situation in Norway 2008, Annual Report to EMCDDA. Chapter 4,1 Prevalence and incidence estimates of PDU. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS); 2009.
- (10) Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008 Apr 1;94(1-3):151-7.
- (11) Newman RG, Tytun A, Bashkow S. Retention of patients in the New York City methadone maintenance treatment program. *International Journal of the Addictions* 1976; 11(5):905-31.
- (12) Newman RG, Des J. Criteria for judging methadone maintenance programs. *JAMA* 1991 May 1;265(17):2190-1.
- (13) McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000 Oct 4;284(13):1689-95.
- (14) McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993 Apr 21;269(15):1953-9.
- (15) Bao Yp, Liu Zm, Epstein DH, Du C, Shi J, Lu L. A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2009;35(1):28-33.
- (16) Nilssen E, Achs L, Jørner T, Øiseth G, Ohnsen J, Rbeck A L, et al. Benzodiazepiner i behandling av personer med rusmiddelproblemer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 06 - 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. Report No.: 06-2007.
- (17) Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* 1999 Feb;94(2):209-19.
- (18) Hole R, Espegren O, Bergstad Lazaridis K, Sandvold M, Blix O, Høiseth T, et al. Metadon i Norge. Ett år med et nasjonalt system for metadonassistert rehabilitering. Rapport til Sosial- og helsedepartementet Oslo. Oslo: Sosialdepartementet; 1999.
- (19) Waal H, Krook A, Welle-Strand G, Espegren O, Lazaridis KB, Sandvold M, et al. Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998 - 2000. Oslo: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO; 2001. Report No.: SKR-rapport 1/2001.
- (20) Waal H, Krook A, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB, et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbruker. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121:2301-5.
- (21) Krook AL, Brors O, Dahlberg J, Grouff K, Magnus P, Roysamb E, et al. A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway. *Addiction* 2002 May;97(5):533-42.

- (22) Kornor H, Waal H, Ali RL. Abstinence-orientated buprenorphine replacement therapy for young adults in out-patient counselling. *Drug Alcohol Rev* 2006 Mar;25(2):123-30.
- (23) Kornor H, Waal H, Sandvik L. Time-limited buprenorphine replacement therapy for opioid dependence: 2-year follow-up outcomes in relation to programme completion and current agonist therapy status. *Drug Alcohol Rev* 2007 Mar;26(2):135-41.
- (24) Hansen MB, Kornør H, Waal H. SKR-rapport nr 7/2004 Bidrag til evaluering av Legemiddelassistert rehabilitering i Norge (Contributions to evaluation of medication assisted rehabilitation in Norway). Oslo: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitet i Oslo (Unit for Addiction Medicine, University of Oslo); 2004. Report No.: 7/2004.
- (25) Vindedal B, Steen L-E, Larsen B, Knoff RH. Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet (Evaluation of medication assisted rehabilitation. Report to the Directorate of Health and Social Welfare). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (Directorate of Health and Social Welfare); 2004.
- (26) Sosial- og helsedirektoratet. Oppfølging av LAR-Evalueringene. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet. 2005.
- (27) Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D, et al. Fortnightly Review: Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994;309:997-1001.
- (28) Simpson DD, Joe GW, Broome KM, et al. Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997;11:279-93.
- (29) Amato L, Davoli M, Perucci A, Ferri M, Faggiano F, Mattick P. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005 Jun;28(4):321-9.
- (30) Pelet A, Doll S, Huissoud T, Resplendino J, Besson J, Favrat B. Methadone maintenance treatment in the Swiss Canton of Vaud: demographic and clinical data on 1,782 ambulatory patients. *Eur Addict Res* 2005;11(2):99-106.
- (31) Ward J, Mattick RP, Hall W. The Use of Methadone During Maintenance Treatment: Pharmacology, Dosage and Treatment Outcome. In: Ward J, Mattick RP, Hall W, editors. *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood; 1998. p. 205-38.
- (32) Fugelstad A, Stenbacka M, Leifman A, Nylander M, Thiblin I. Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction* 2007 Mar;102(3):406-12.
- (33) Lewis D, Bellis M. General practice or drug clinic for methadone maintenance? A controlled comparison of treatment outcomes. *Int J Drug Policy* 2001 ;12(1):81-9.
- (34) Novick DM, Joseph H. Medical maintenance: the treatment of chronic opiate dependence in general medical practice. *J Subst Abuse Treat* 1991;8(4):233-9.
- (35) Seivewright N, Iqbal MZ. Prescribing to drug misusers in practice--often effective, but rarely straightforward. *Addict Biol* 2002;7(3):269-77.
- (36) Steinert S, Maartman-Moe K. Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane - legemiddelassistert rehabilitering. Tromsø/Oslo: Den norske legeforening v/Allment praktiserende legers forening; 2002.

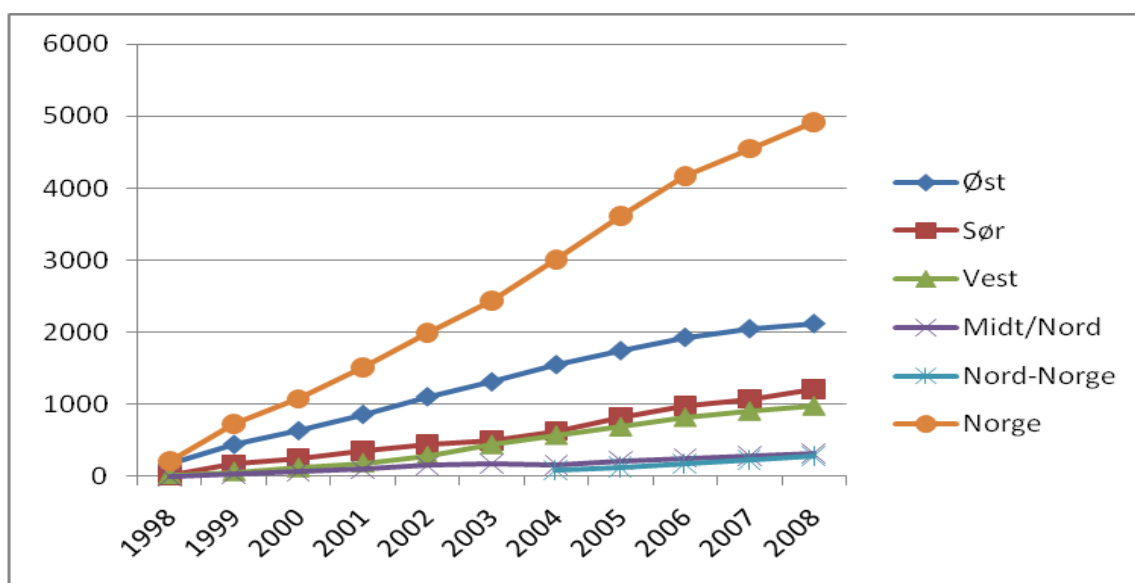
- (37) Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003410.
- (38) Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007 Jul;191:55-62.
- (39) Uchtenhagen A. The medical prescription of heroin to heroin addicts. *Drug Alcohol Rev* 1997 Sep;16(3):297-8.
- (40) Krantz MJ, Baker WA, Schmittner J. Cocaine and methadone: parallel effects on the QTc interval. *Am J Cardiol* 2006 Oct 15;98(8):1121.
- (41) Maremmani I, Pacini M, Cesaroni C, Lovrecic M, Perugi G, Tagliamonte A. QTc interval prolongation in patients on long-term methadone maintenance therapy 12. *Eur Addict Res* 2005;11(1):44-9.
- (42) Schmittner J, Krantz MJ. QTc prolongation in methadone maintenance: fact and fiction. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2006;6(4):41-52.
- (43) Anchersen K, Clausen T, Gossop M, Hansteen V, Waal H. Prevalence and clinical relevance of QTc prolongation during methadone and buprenorphine treatment: A mortality assessment study. *Addiction* 2009;104:997-999.
- (44) Brown R, Balousek S, Mundt M, Fleming M. Methadone maintenance and male sexual dysfunction. *J Addict Dis* 2005;24(2):91-106.
- (45) Mintzer MZ, Stitzer ML. Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(1):41-51.
- (46) Mason BJ, Kocsis JH, Melia D, Khuri ET, Sweeney J, Wells A, et al. Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *J Addict Dis* 1998;17(3):75-89.
- (47) Milby JB, Sims MK, Khuder S, Schumacher JE, Huggins N, McLellan AT, et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996 Feb;22(1):95-107.

## LAR I NORGE

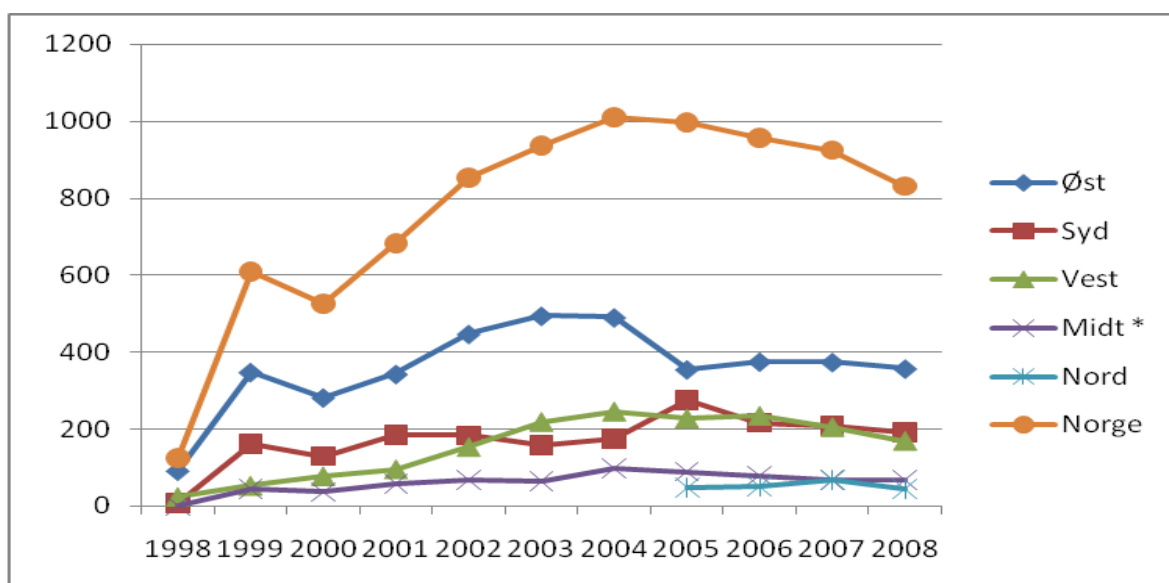
### **Oversikt over antall i behandling, inntak og utskrivninger**

Som figur 1 viser har antallet i behandling steget jevnt. Ved slutten av 2008 var 4913 pasienter i behandling. Vi ser at utviklingen har vært parallell i alle helseregioner. Nær halvdel av pasienten bor i Region øst, omtrent en fjerdedel i Region sør og litt færre i vest. Det er fortsatt etter 10 år jevn årlig økning i antallet i behandling. Behovet er altså fortsatt ikke dekket.

**Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12.08**

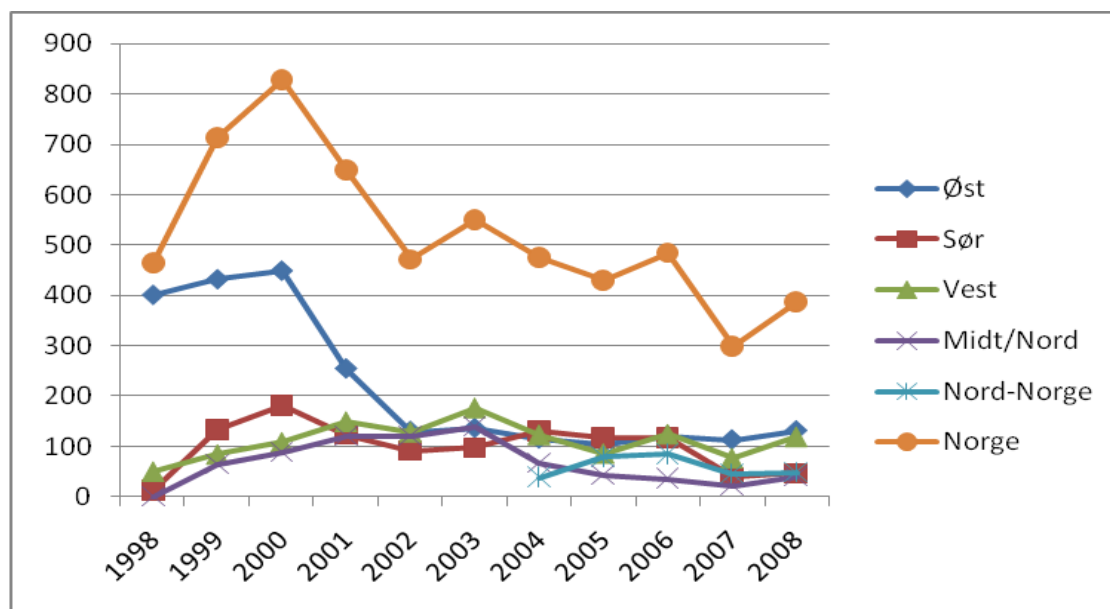


**Figur 2. Antall inntak i behandling. (Summen av førstegangsinnntak og gjeninntak fratrukket antall flyttinger mellom sentre)**



I 2008 var det 831 inntak på landsbasis, derav 59,5 % førstegangsinnntak. Frem til 2004 økte inntaket men antallet har etter dette gått gradvis ned. Dette gjelder særlig andelen førstegangsinnntak som var 88 % i 2002, 76,2 % i 2005, 69,5 % i 2007. Andelen nyrekruttering reduseres jevnt mens andelen gjeninntak øker.

**Figur 3. Antall som venter på behandling (Summen av de som venter på at søknaden skal bli vurdert og de som venter på start i behandlingen)**

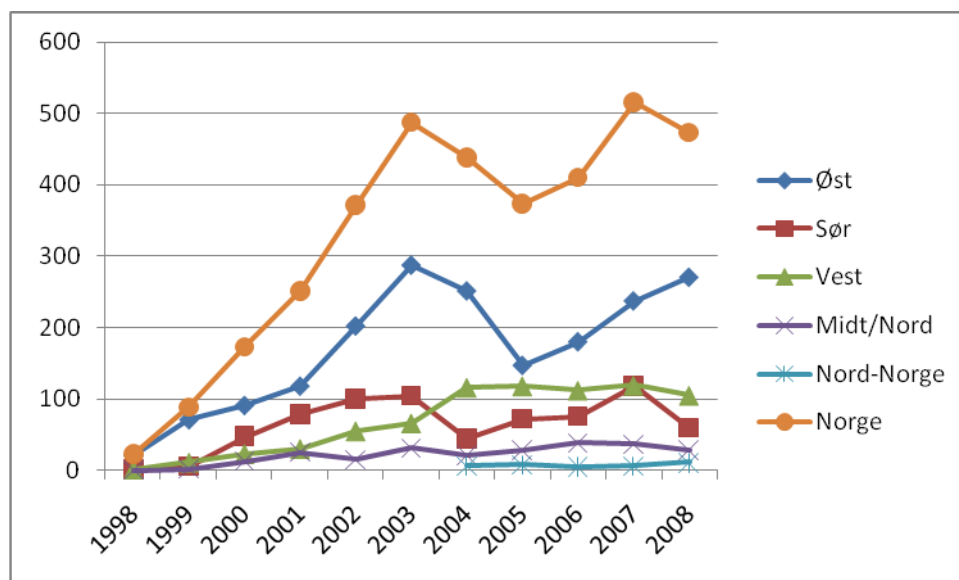


Vi ser at antallet som venter har gått noe opp fra året før men utviklingen over tid er klart nedadgående. Etter 10 år var det fortsatt 386 pasienter som ventet, enten på å få sin søknad vurdert eller på å komme i gang. Etter pasientrettighetsloven har alle rett til svar innen 30 virkedager. Tilbakemeldingene fra sentrene er at man makter dette mens lengden på ventetiden etter dette varier. Gjennomgående er ventetiden fra noen uker til noen måneder, i de aller fleste tilfeller betydelig mindre enn ½ år.

Hva så med utskrivningene? I følge gjeldende regelverk skal behandlingen avbrytes dersom den ikke kan gjennomføres forsvarlig, ikke har tilstrekkelig effekt, dersom pasienten selv ønsker det, selger medikamentet eller er voldelig. Her gjelder spesielle bestemmelser om forholdsmessighet. Da LAR begynte for 10 år siden var det ikke uvanlig at pasienter ble utskrevet mot sin vilje fordi de ikke godtok regelverket eller fortsatte bruken av rusmidler. Kritikken har på den ene siden vært at sentrene er moraliserende og straffende og på den andre at pasientene får metadon på tross av at de ruser seg. Praksis har i stor grad endret seg etter at retningslinjene ble presisert med krav om forholdsmessighet. I 2007 vurderte Helsetilsynet to klagesaker hvor pasienter hadde blitt utskrevet begrunnet i cannabisbruk på tross av påvisbar bedring på flere områder. Det er i dag enighet om at slik utskrivning ikke skal skje. Bruken av rusmidler, også cannabis, skal tas opp med pasienten. Slik bruk er imidlertid ikke i seg selv grunn til å vurdere utskrivning. Det foreligger forslag til nye retningslinjer. Disse sier at det bare er når behandlingen er medisinsk sett uforsvarlig at den kan avbrytes mot pasientens ønske.

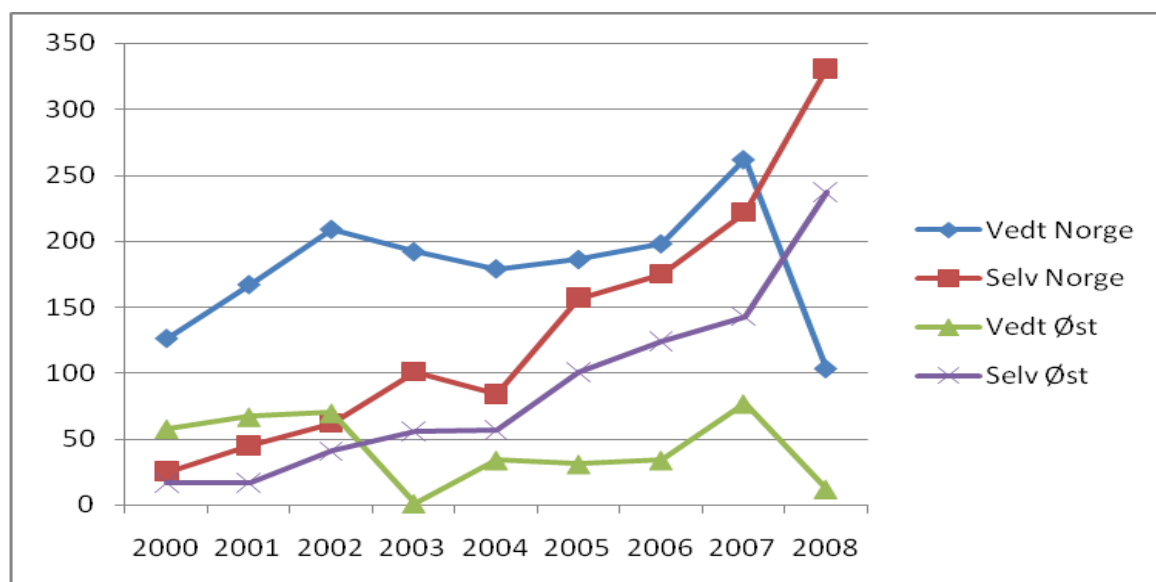
Figur 4 viser utviklingen i antall utskrivninger. Mens det var 516 som ble utskrevet i 2007 var det 473 i 2008. Utviklingen mot økt antall utskrivninger er brutt på tross av økende antall i behandling. Vi ser imidlertid også at antallet har økt i region Øst.

**Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene i 10 årsperioden\***



\* LAR Øst har i 2008 kontrollert registeret og strøket en del pasienter som har sluttet uten at pasienten eller behandlingslinnsvarlig legge har gitt melding om dette.

**Figur 5 Antall utskrevet etter vedtak (ufrivillig) og selvvalgt (sluttet å komme, ønsket ikke reglene, ønsket noe annet, ønsket avvenning) i Norge og i Helseregion Øst**



Går vi bak tallene slik figur 5 illustrerer, ser vi at dette nesten utelukkende skyldes at et økt antall pasienter selv slutter i behandling. Dette gjelder i særlig grad pasienter som slutter å møte opp eller som gir beskjed om at de ikke ønsker å fortsette. Det er også noen som spesifikt ønsker annen behandling eller ønsker å slutte med morfinstoffer. Andelen som blir utskrevet mot sin vilje, er gått drastisk ned. Det hevdes ofte at pasientene blir ”kastet ut”. Dette er feil. Grunnen er pasientene ikke

vil eller ikke klarer å fortsette i behandling. Denne utviklingen avspeiler at LAR i Norge og spesielt i Helseregion Øst nærmer seg en praksis som er vanlig i Europa for øvrig hvor skadereduksjon er en viktig målsetting. Mange kommer nokså enkelt inn men behandlingens evne til å holde pasientene i behandlingen minsker. Retensjonen (andelen som forblir i behandling) er likevel på landsbasis 91,2 %. Dette er en høyere andel enn det man finner noe annet sted i Europa. Det er også vesentlig høyere enn det som finnes i de såkalte heroinprosjektene. Det er altså direkte feil å hevde at den norske modellen fører til at pasienter blir lettvis utskrevet – annet enn eventuelt som enkeltstående unntak. Men det kan se ut som om et skadereduksjonsperspektiv kan gjøre at andelen som faller ut, lett kan øke, i alle fall om dette medfører mindre aktiv og forpliktende oppfølging og kontakt.

## **Senterstørrelse og ressurser**

Tabell 1 viser en oversikt over antall pasienter i behandling ved årsskiftet i 2007 og 2008 og antall stillinger for konsulenter i hvert senter. Vi ser at sentrene har ansvaret for svært ulike antall pasienter. Oslo-senteret er uten sammenlikning det største, og senteret har dessuten ansvar regionansvar (inntaksvurdering, veiledning, konsultasjoner). På den annen side har Oslo kommune et eget oppfølgingscenter, MAR Oslo, for pasienter med særlige behov. Akershus har også mange pasienter, men tilbudet er delt opp i 4 mindre enheter. Rogaland og Hordaland har omtrent samme antall og her innenfor ett senter.

**Tabell 1. Pasienter og konsulenter i LAR tiltak, regionalt og nasjonalt (Tall for 2007 og 2008)**

	Pasienter per 31/12		Konsulenter		Pasienter per konsulent	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Oslo	1118	1106	16	16	70,0	69,1
Østfold	260	278	2	2	130,0	139,0
Akershus	412	445	2	2	206,0	222,5
Oppland	149	167	5	5	29,8	33,4
Hedemark	111	125	5	5	22,2	25,0
<b>Region Øst</b>	<b>2050</b>	<b>2121</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>68,3</b>	<b>70,7</b>
Buskerud	172	196	4,5	4,5	38,2	43,6
Vestfold	191	238	7,5	7,5	25,5	31,7
Telemark	323	345	6	7,5	53,8	46,0
Aust-Agder	108	124	4	4	27,0	31,0
Vest-Agder	279	311	7	7	39,9	44,4
<b>Region Sør</b>	<b>1073</b>	<b>1214</b>	<b>29</b>	<b>30,5</b>	<b>37,0</b>	<b>32,8</b>
Rogaland	396	417	9	9	44,0	46,3
Hordaland/SF	507	559	7	7	72,4	79,9
<b>Region Vest</b>	<b>903</b>	<b>974</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>56,4</b>	<b>60,9</b>
<b>Region Midt N</b>	<b>290</b>	<b>324</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>29,0</b>	<b>29,5</b>
<b>Region Nord</b>	<b>226</b>	<b>280</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>30,1</b>	<b>37,3</b>
<b>NORGE</b>	<b>4542</b>	<b>4913</b>	<b>92,5</b>	<b>95</b>	<b>49,1</b>	<b>51,7</b>



Tabellen viser også at sentrene har svært ulikt antall konsulenter til pasientoppfølging. På landsbasis har hver konsulent i prinsippet ansvar for mer enn 50 pasienter. Høyest antall pasienter har Akershus med 222,5 pasienter pr konsulent og Østfold med 139. Sentrene i Midt- og Nord-Norge har relativt få. Det samme har Oppland og Hedemark, Aust-Agder og Vestfold. Om en ser bort fra innlandsområdet, er ressursituasjonen klart svakest i Region Øst og deretter i Region Vest. Noen steder har nye ressurser eller færre pasienter bedret situasjonen noe men samlet er situasjonen forverret fra 2007. Det vil si at nye ressurser balanserer ikke økningen i antall pasienter. Pasienttall vesentlig over 30/konsulent vil effektivt forhindre aktiv oppfølging av pasientene.

Etter planen skal fastlegen og sosialsentrene har en sentral rolle og målet er dessuten at det skal være et økende antall stabile pasienter uten store oppfølgingsbehov. Dette varierer i betydelig grad i kommunene. Dette er betenkelig siden uten betydelig oppfølging fra fastleger og sosialsentre, vil mulighetene til aktiv rehabilitering nødvendigvis bli små. Sammenliknes ressursene for 2007 og 2008 ser vi at situasjonen er forverret med økt antall pasienter pr konsulent.

LAR regnes i dag som en del av spesialisthelsetjenesten men sentrene har sterkt varierende tilgang til leger og psykologer. I Helseregion Øst har ASP (LAR Øst) 4 leger og 3 psykologer. I LAR Innlandet har det vært stilling for lege men denne har stått vakant. I Region sør er det 1 legestilling og en psykologstilling i Vest-Agder og en 50 % stilling for psykolog i Aust-Agder. Telemark har fått 50 % stilling for psykolog og har en 20 % legestilling. Vestfolk har fått en hel legestilling og har en hel stilling for psykolog. I Region Vest har LAR Rogaland hatt en hel legestilling og LAR Hordaland 1,8 leger og 1 psykolog. Dersom LAR skal være en spesialisert helsetjeneste er dette klart utilstrekkelig.

I praksis har LAR-sentrene pr i dag utilstrekkelige muligheter til å skape et kontinuerlig og oppfølgende samarbeid mellom 1- og 2-linjen..

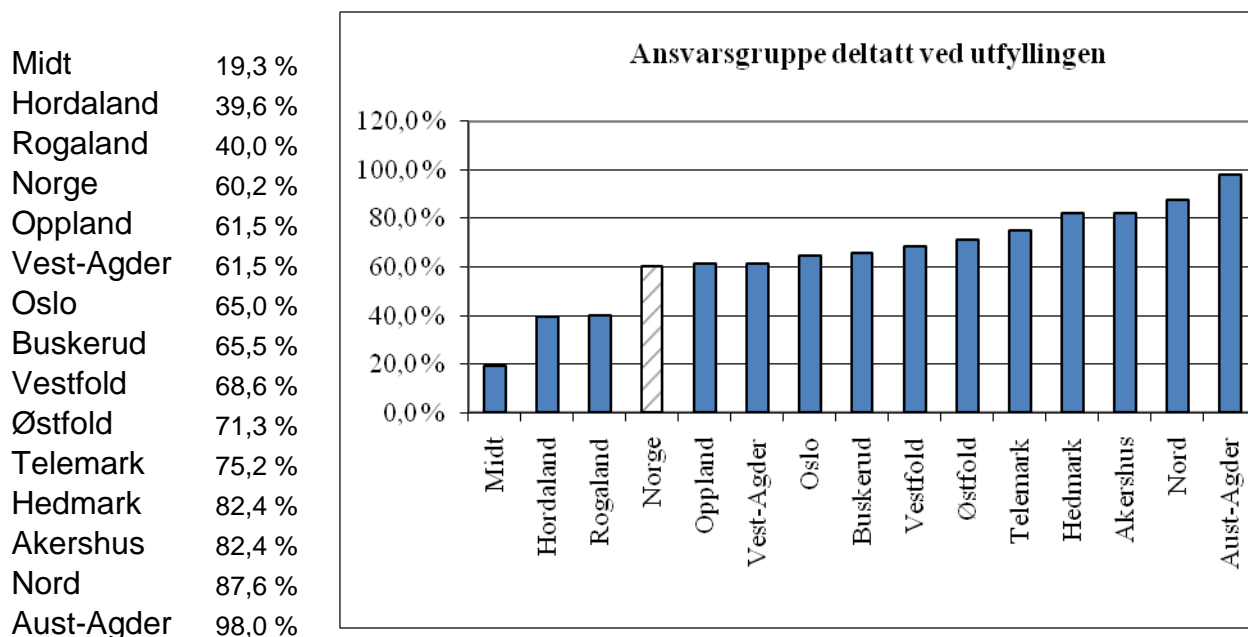
## STATUSUNDERSØKELSEN 2008

Undersøkelsen bygger i dette året som tidligere på aktivt samarbeid med alle de ulike LAR-sentrene og dessuten på deres samarbeidspartnere. Det er et stort antall personer som deltar i utfyllingen, ofte innen rammen av en travel hverdag og uten spesiell opplæring eller godtgjøring. Årets og fjorårets undersøkelse bygger på forenkelt skjema hvor kriminalitetsspørsmålene er slått sammen til ett spørsmål og tidligere uklare spørsmål er fjernet. Likevel vil enkelte av variablene nødvendigvis bli utfylt noe ulikt, både fordi svarernes kjennskap til alle aspekter av behandlingen vil variere og fordi enkelte svarere kan oppfatte spørsmålene ulikt.

### Hvem har svart?

I all hovedsak er det pasientenes hovedkontakt som har besvart skjemaene. Dette er vanligvis pasientenes LAR-konsulent eller ansvarlig konsulent ved sosialsenteret. I noen tilfeller er det andre fagkategorier ved LAR-tiltaket eller pasientens fastlege. Vi har undersøkt om det foreligger samarbeid om utfyllingen.

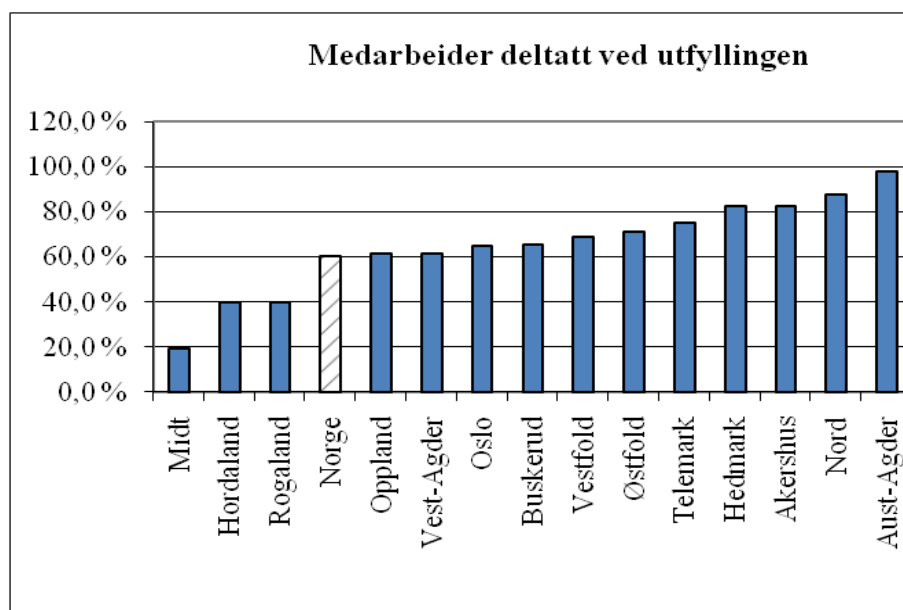
**Figur 6 Andel hvor utfyllingen har skjedd etter drøfting i Ansvarsgruppen**



Figur 6 og 7 viser hvor ofte det har vært samarbeidet mellom medarbeidere. På landsbasis ligger det drøfting med andre bak utfyllingen i noe mer enn 6 av 10 tilfeller, men det er igjen stor forskjell. I ett senter (LAR Midt) har de ansatte i 8 av 10 tilfeller gjort rapporteringen helt selvstendig, mens den i 2 sentre i 9 av 10 tilfeller er skjedd som samarbeid. Det er ikke mulig å si noe om disse forholdene har hatt betydning for reliabiliteten.

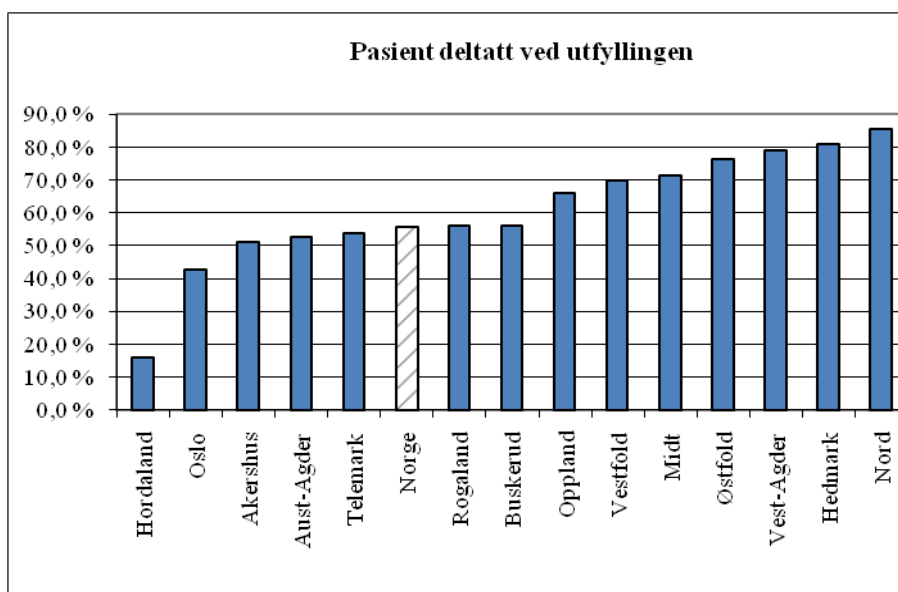
**Figur 7 Andel hvor medarbeider utenfor LAR-senteret har deltatt i rapporteringen**

Midt	19,3 %
Hordaland	39,6 %
Rogaland	40,0 %
Norge	60,2 %
Oppland	61,5 %
Vest-Agder	61,5 %
Oslo	65,0 %
Buskerud	65,5 %
Vestfold	68,6 %
Østfold	71,3 %
Telemark	75,2 %
Hedmark	82,4 %
Akershus	82,4 %
Nord	87,6 %
Aust-Agder	98,0 %



**Figur 8 Andel hvor pasienten har deltatt i rapporteringen**

Hordaland	15,8 %
Oslo	42,6 %
Akershus	50,9 %
Aust-Agder	52,5 %
Telemark	53,9 %
Norge	55,7 %
Rogaland	55,8 %
Buskerud	56,2 %
Oppland	66,1 %
Vestfold	69,6 %
Midt	71,1 %
Østfold	76,2 %
Vest-Agder	78,8 %
Hedmark	80,9 %
Nord	85,4 %



Figur 8 viser at pasienten har deltatt i noe over halvdel av tilfellene, også dette noen økning fra året før. Dette viser at det er vanlig og i økende grad vanlig å trekke med pasienten i vurderingene slik det også er intensjon om. Det er imidlertid igjen stor forskjell mellom ytterpunktene Hordaland hvor mellom 1 og 2 av 10 deltar og LAR i Nord hvor nesten 9 av 10 har gjort det. Det er også ulike mønstre. LAR Midt drøfter utfyllingen ofte med pasienten men sjelden med medarbeidere og ansvarsgruppe. I LAR Hordaland drøftes utfyllingen verken med pasient eller medarbeider. LAR i

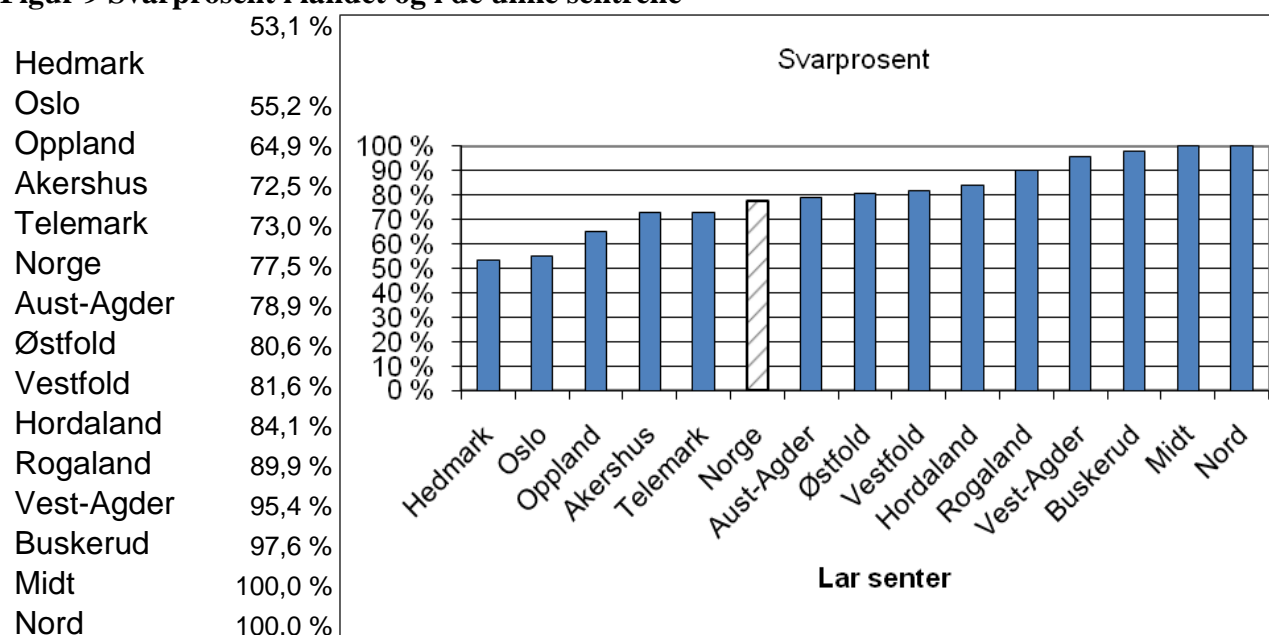
Nord drøfter registreringen med alle berørte parter slik det i prinsippet er ønskelig om den skal bidra til kvalitetsutvikling og brukes aktivt.

## Svarprosent

I årets undersøkelse er deltakelsen beregnet som tidligere. Prosentgrunnlaget er antallet ved årsslutt med tillegg av de utskrevne og døde. Siden skjemaene skal fylles ut fra 15.11 til 15.12, vil antallet som har kommet til etter utfylling bli svært lite og svarprosenten nær helt korrekt.

Unntaket her er Oslo hvor det rapporteres samlet selv om Oslo funksjonelt sett har tre ”enheter”: ASP (tidligere LAR Øst) tar i mot alle nye og beholder de som ikke oppnår tilstrekkelig stabilitet. MAR Oslo er kommunens tilbud til pasienter med behov for ekstra oppfølging. LAR bydel er de pasientene som primært har oppfølging fra fastlege/sosialsenter (utskrevet til bydel). Utskrivelsene registreres sentralt for alle enhetene og kan ikke brukes for den enkelte enhet. Overføringene mellom enhetene foregår uten utskrivning men med endring av ansvarsforhold og kontakt. Her er det gjort en spesialundersøkelse i pasientregisteret for å se hvordan pasientene og svarene mest konstruktivt kan fordeles samtidig som en unngår dobbelregistrering. Målsettingen er å kunne vurdere svarmønstrene best mulig.

**Figur 9 Svarprosent i landet og i de ulike sentrene**



Nasjonalt ble det fylt ut 4172 skjemaer mens det var 4913 i behandling ved årsskiftet. 520 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året men 47 av disse var utskrevet i forbindelse med flytting og altså fortsatt i behandling annet sted. Det var altså reelt sett 473 pasienter som hadde sluttet, derav 39 døde. Rapporten gjelder både de som var i behandling ved årsskiftet og de som avsluttet behandling i løpet av året. Prosentgrunnlaget er derfor summen av dette. Vi finner da en svarprosent på 77,5 %, litt lavere enn fjorårets.

Vi ser at sentrene i nord og vest har særlig høy deltakelse mens Oslo og sentrene rundt Oslo har lav. I Oslo og i innlandsregionen er svarprosenten så lav at det svekker påliteligheten av svarene.

Om man fordeler pasienten i Oslo på de tre funksjonelle enhetene, hadde ASP 266 pasienter og 232 innleverte skjemaer, dvs. en svarprosent på 87,2. MAR Oslo som følger opp de som trenger mer enn de kan få i gjennom fastlege og sosialsenter, hadde 236 pasienter og leverte 148 skjemaer med svarprosent på 62,7. MAR bydel 665 pasienter og leverte 345 skjemaer. Det vil si at svarprosenten var 51,9 %. Svarene fra Oslo domineres derfor av de som nylig er tatt inn i behandling, de som ikke føres videre fra inntaksenheten og de som har behov for forsterket oppfølging, delvis som alternativ til utskrivning.

Akershus er også i en spesiell stilling ved at det har fire ulike tiltak knyttet til forskjellige helseforetak; LAR Asker og Bærum hadde et pasientgrunnlag på 202 og svarprosent på 66,5 %, LAR Follo med 86 og 81,9 %, LAR Øvre Romerike med 47 og 61,7 % og Nedre Romerike med 123 og 80,5 %..

Svarene fra Oslo må derfor tolkes på bakgrunn av selektivt frafall og Hedmark og Oppland med betydelig forsiktighet, på grunn av stort frafall. Svarene fra Lar Midt, LariNord, Buskerud og Vest-Agder har høy sikkerhet på grunn av svært lite frafall. Akershus er det høyere deltakelse i Nedre Romerike og Follo.

### **Andel ukjente**

De som fyller ut kan bruke kategorien ”ukjent”. Denne kategorien er brukt > 2 % ved spørsmål om aktuell sosial og medikamentell behandling. Det var noe større usikkerhet i forhold til blodsmitte (Ukjent for HIV smitte = 6,4 %, HCV smitte 15,2 %). Andel ukjent er høyest i Østlandsfylkene, spesielt Oslo og lavest i LAR Midt-Norge. Spørsmål om forskrivning av medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet viste også en viss usikkerhet (6 % ukjente). Spørsmål det ble foreskrevet benzodiazepiner var kjent for 3,4 %. Andelen var lavere i ved alle disse spørsmålene enn forrige år.

Spørsmålet om situasjon og funksjon siste 4 uker (B-spørsmål) viste større usikkerhet, på nivå med forrige undersøkelse. Usikkerheten var størst i forhold til om det hadde vært kontakt med fastlege og sosialkontor og lavere i forhold til kontakt med LAR-tiltak og minst vdr bruk av ansvarsgruppe. Her var variasjonen fra 4 % til 12 %. Spørsmålene om psykiske vansker viste et nivå av andel ukjente noe lavere enn sist; stort sett på 8 %.-. Kategorien ”ukjent” ble brukt vesentlig oftere i Østlandsregionen mens den nesten ikke ble brukt i LAR Midt.

Spørsmålene om bruk av rusmidler (opplysninger og/eller urinprøver) viste noe mindre usikkerhet, gjennomgående var det ca 9 % ukjentsvar. På alle disse spørsmålene er andelen ukjent høyest i Østlandsfylkene og i Oslo. Dette stammer i særlig grad fra høy andel svar i ”ukjentkategorien” i rapporteringen fra ”rapporteringsområdet bydel” i Oslo. De som fyller ut – ofte sosialsenteret - har altså

ofte redusert informasjon om dette området. Noe liknende gjelder Akershus. Usikkerheten er klart lavest, stort sett med andel ukjent < 1 % i LAR Midt.

Spørsmålene som gjelder hele siste år (C-spørsmålene) hadde som tidligere, mellom 5 og 10 % ukjente med unntak av spørsmål om pasientens fornøydhets. Her var andelen ukjent 12,7 %, en nokså tydelig økning fra 2006.

Konklusjonen er at det ikke bare er lavere svarprosent ved noen sentre, særlig i Oslo, men også at en del sentre ser ut til å ha lavere kjennskap til pasientene enn andre har. Igjen merker Oslo, til dels Akershus, i noen grad også LAR Telemark seg ut negativt mens særlig LAR Midt og LAR Buskerud skiller seg ut positivt. I forhold til vanlige marginer i denne typen undersøkelser, er imidlertid både deltakelsen høy og bruken av svaralternativet "ukjent" tilfredsstillende i hele landet. Det mulige unntaket er Oslo hvor rapporteringen fra "bydel". Det er grunn til å understreke at bare dersom det er et systematisk skjevt frafall eller systematisk lavere kjennskap til noen typer pasienter, vil funnene kunne endre seg. Det er høy sannsynlighet for dette i Oslo av to grunner. De som er nyoppstartet vil både ha tiden før oppstart og den første ustabile tiden i sin rapporteringsperiode. Den lavere svarprosent for pasienter overført bydel vil kunne gi en for lav svarandel fra mer stabile pasienter.

## KJØNN OG ALDER

**Tabell 3** Kjønn og gjennomsnittsalder

	2006	2007	2008
Gjennomsnittsalder	39,9	40,1	40,8
Antall svar	3613	4014	4172
Andel kvinner	30,5 %	30,2 %	30,1 %

Tabell 3 viser et nokså uendret bilde fra 2005 med en gjennomsnittsalder på omtrent 40 år og noe under 1/3 kvinner. Det er også i 2007-undersøkelsen liten forskjell mellom sentrene. Pasientene var eldst i Vestfold (42,7 år) og yngst i Agder-fylkene og Rogaland. Andelen kvinner var høyest i Oslo lavest i Telemark men forskjellene er små.

## AKTUELL SITUASJON

Undersøkelsen viser hvor stor andel av pasienten som er i behandling i forhold til andel som er utskrevet. Det er dessuten valgt ut enkelte parameter for pasientens situasjon: andel uten fast beskjeftigelse, andel med henholdsvis uføretrygd og sosial trygd som viktigste inntekt og andel som bor i egen bolig, eid eller leid. Dessuten vises andel som er eller har vært smittet av HIV og HCV.

### **Retensjon**

I følge statusundersøkelsen var 93,3 % av pasientene i behandling mens 6,7 % var utskrevet. Svarprosenten var imidlertid som vist 77,5 % og frafallet er høyst sannsynlig størst blant de som var utskrevet ved undersøkelsen. (de det ikke er levert statusskjema for). Et bedre retensjonsmål er andelen i behandling ved slutten av året

av summen av antall i behandling ved begynnelsen av året og det antallet som begynte i løpet av året. Tallmaterialet her hentes fra sentrenes rapporteringer.

**Tabell 4 Retensjon vist ved andel av svarerne som ikke var utskrevet på rapporteringstidspunktet og som andel i behandling ved årsskiftet i forhold til antall hele året.**

	Andel i behandling ved undersøkelsen	Andel i behandling ved årsskiftet
Hordaland	88,4 %	93,0 %
Buskerud	89,4 %	92,0 %
Oslo	90,2 %	81,9 %
Vest-Agder	90,7 %	94,5 %
Midt-Norge	91,5 %	90,5 %
<b>Norge</b>	<b>93,3 %</b>	<b>91,2 %</b>
Rogaland	93,5 %	88,0 %
Hedmark	95,6 %	98,4 %
Østfold	95,9 %	92,4 %
Aust-Agder	97,0 %	96,1 %
Akershus	97,0 %	96,5 %
Nord-Norge	97,0 %	97,6 %
Vestfold	97,1 %	96,4 %
Telemark	97,7 %	96,1 %
Oppland	98,1 %	99,4 %

Tabell 4 viser en oversikt. Vi ser at retensjon retensjonen blir noe lavere bedømt på denne måten, men landsgjennomsnittet var fortsatt over 90 %. Bare to sentre, LAR Rogaland og LAR Oslo hadde retensjon mellom 80 og 90 % og begge disse har rapportert om feilretting i registre. Undersøkelsen viser derfor høy retensjon uansett beregningsmåte. Forskjellene mellom sentrene er moderate.

Statusundersøkelsen 2006 viste 91,6 % retensjon og 2007 vist 88,7. Retensjonen er altså stabilt høy.

Hvorfor slutter pasientene behandling? På landsbasis var det 1,2 % av pasienten som sluttet fordi de aktivt ønsket avvenning, 1,6 % var misnøyd, 2,4 % ble utskrevet mot sin vilje på grunn av uforsvarlighet og 0,03 % ble utskrevet på grunn av ulike vansker (vold, trusler, salg av preparat mv).

Mønster likner på 2006- og på 2007- undersøkelsene. LAR Midt og sentrene i region Vest bruker i noe større grad kategorien for ”manglende effekt/uforsvarlig”. Sentrene i region Øst, særlig LAR Oslo, bruker hyppigere ”misfornøyd med behandlingen”.

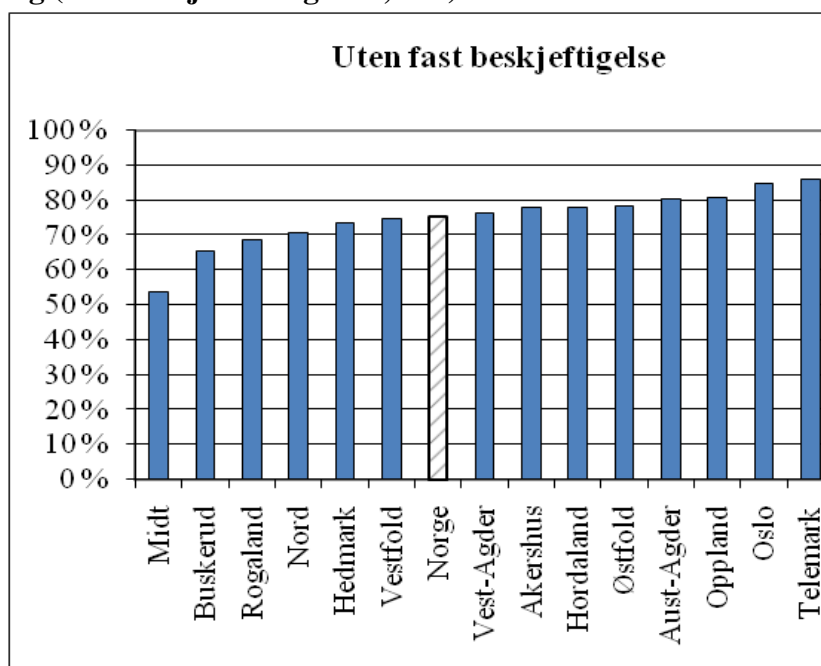
### **Sosial funksjon**

I 2006 fant en at 76,6 % var uten fast beskjeftigelse i arbeid eller utdanning. I 2007 var det 75,7 %. Figur 10 viser funnene i 2008. Andelen er omtrent den samme i denne undersøkelsen. Tre fjerdedeler er altså ikke i heltids- eller deltidsarbeid og

heller ikke under utdanning. Lar Midt, Lar Buskerud, LAR Rogaland og LARiNord har lavere andel og altså flere i yrkesrettet funksjon eller utdanning (omtrent 4 av 10) mens LAR Telemark, LAR Oslo har høyere andel, altså færre i yrkesrettet beskjeftigelse. Særlig bemerkelsesverdig er resultatet i LAR Midt-Norge hvor nesten halvparten har en fast beskjeftigelse. 37,7 % har heltids eller deltids arbeid og ytterligere 6,8 % var i utdanning.

**Figur 10. Andel av svarerne som var uten pågående tilknytning til arbeidslivet og heller ikke under utdanning (Andel ukjent Norge = 1,1 %)**

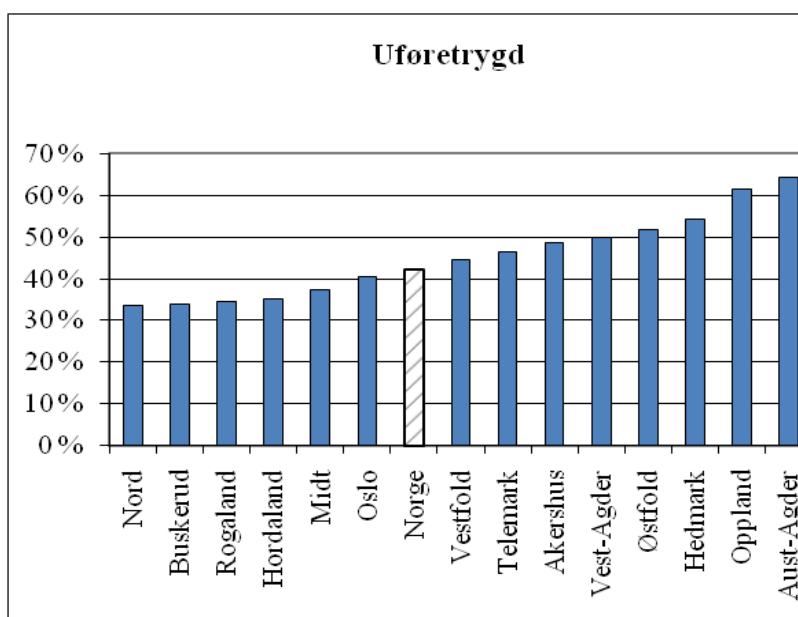
Midt	53,5 %
Buskerud	65,5 %
Rogaland	68,7 %
Nord	70,4 %
Hedmark	73,5 %
Vestfold	74,5 %
Norge	75,2 %
Vest-Agder	76,1 %
Akershus	77,9 %
Hordaland	78,0 %
Østfold	78,4 %
Aust-Agder	80,2 %
Oppland	80,7 %
Oslo	84,7 %
Telemark	85,8 %



Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel trygdete. Figur 11 viser at 40,5 % var trygdet mens det var 42 i 2007.

**Figur 11. Andel som har uførepensjon som viktigste inntekt (Ukjent = 1,2 %)**

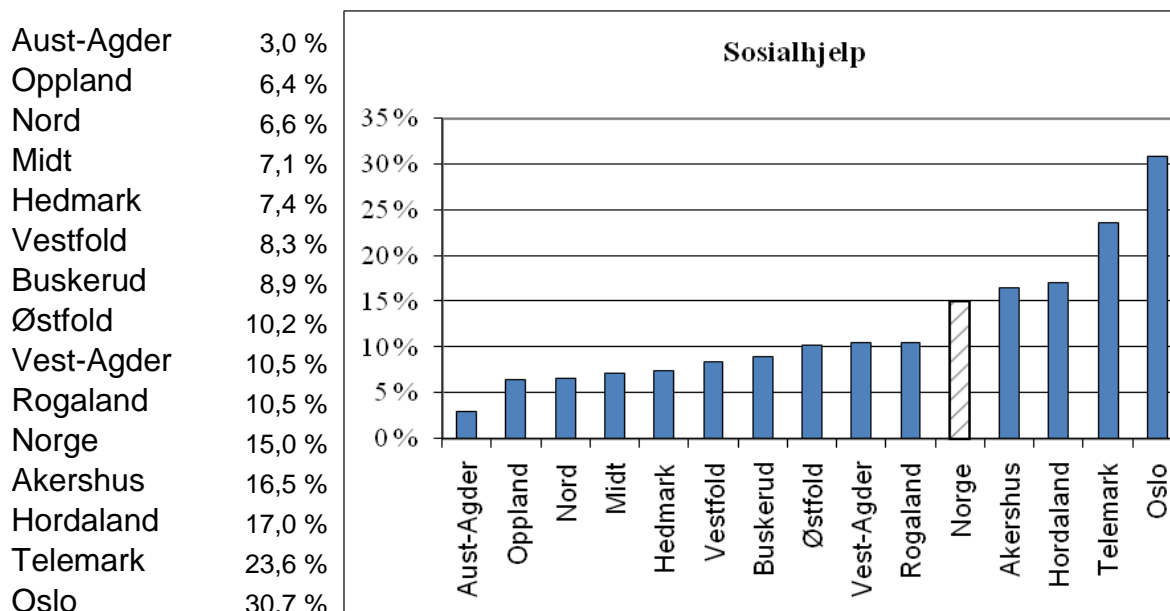
Nord	33,6 %
Buskerud	34,0 %
Rogaland	34,6 %
Hordaland	35,0 %
Midt	37,4 %
Oslo	40,6 %
Norge	42,2 %
Vestfold	44,6 %
Telemark	46,3 %
Akershus	48,8 %
Vest-Agder	50,0 %
Østfold	51,8 %
Hedmark	54,4 %
Oppland	61,5 %
Aust-Agder	64,4 %





Figur 12 viser at andelen med sosialhjelp som viktigste inntekt var 14,9 % mens den i 2007 var 17,1 %. Vi kan legge til at andelen med attføring/rehabiliteringspenger i 27,9 % og i 2007 39,8 %. Alt i alt peker dette mot en viss overgang til uføretrygd og noe mindre bruk av sosial hjelp, men uten at dette skyldes mer aktiv bruk av attføring.

**Figur 12. Andel med sosialhjelp som viktigste inntekt (Andel ukjent = 1,2 %)**



Nærmere studier av mønsteret viser imidlertid betydelige forskjeller mellom sentrene. Vi ser at noen sentre slik som Hordaland, Rogaland, Buskerud, LAR i Nord og LAR Midt har særlig lav andel med uføretrygd. Aust-Agder, LAR i Nord og Lar Midt har særlig lav andel med sosial støtte. Telemark og særlig Hordaland har lav andel med uføretrygd og høy andel med sosial støtte. Aust-Agder, Oppland og Østfold har høy andel uføretrygdete og lav andel med sosial støtte.

Dersom disse forskjellene er reelle, kan de avspeile ulik bruk av sosiale økonomiske virkemidler. Liknende om ikke helt identiske mønstre kan sees fra 2007-undersøkelsen og gjenfinnes også i 2006.

Ved å se etter mønster i disse funnene sammen med oppgaver over bruk av attføring og andel i yrkesrettet virksomhet, vil en kunne få et inntrykk av grad av rehabiliteringsaktivitet. Her går det frem at et senter som LAR Midt i tillegg til svært lav andel med sosial støtte (7,1 %) hadde høy andel med attføringspenger (35,7 %) og høy andel med yrkesrettet aktivitet ( %), derav 37,7 % i hel- eller deltidsarbeid. Noe av det samme mønsteret kan sees av rapporteringen fra Buskerud, Vestfold og Vest-Agder. Høy andel med sosialhjelp som viktigste inntekt er særlig rapportert fra Telemark og Oslo. Oslo, Telemark, Oppland og Østfold har som nevnt lav andel i yrkesrettet hovedaktivitet

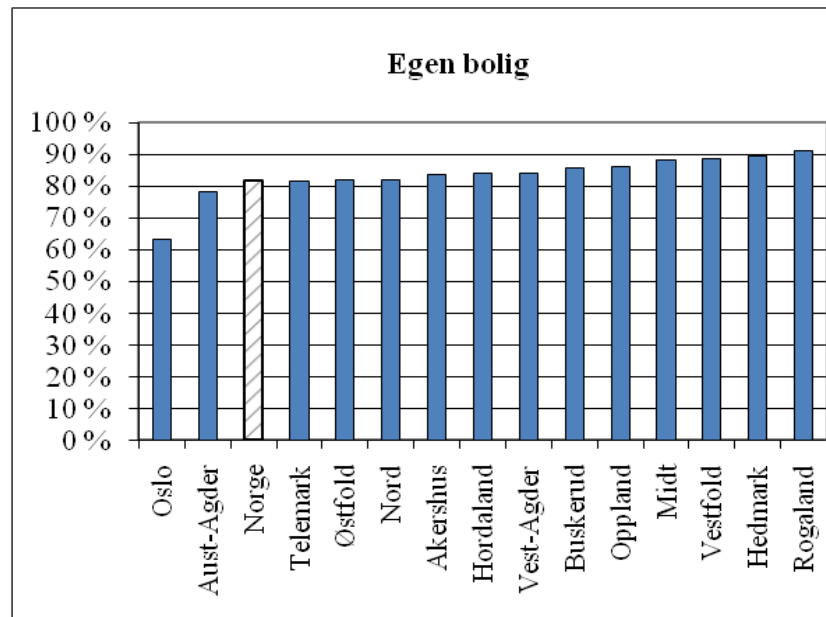
Samlet peker rapporteringen mot ulik grad av attførings- og rehabiliteringsinnsats, men det er et usikkerhetsmoment knyttet til ulik retensjon i tiltakene og i mulighet for seleksjonsfaktorer i inntakene. Mønsteret likner for øvrig på funnene i 2006 og 2005.

## Boligforhold

Figur 13 viser at andelen med egen bolig er høy, ca 8 av 10 i de fleste sentrene. Oslo skiller seg ut med lavere andel mens LAR Midt, Vestfold, Hedmark og Rogaland og alle har nær 9 av 10 i egen bolig. Situasjonen i Oslo preges av at bolig ikke settes som forutsetning for inntak og av at boligmarkedet nok er vanskeligere i denne byen,

**Figur 13 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 0,4 %)**

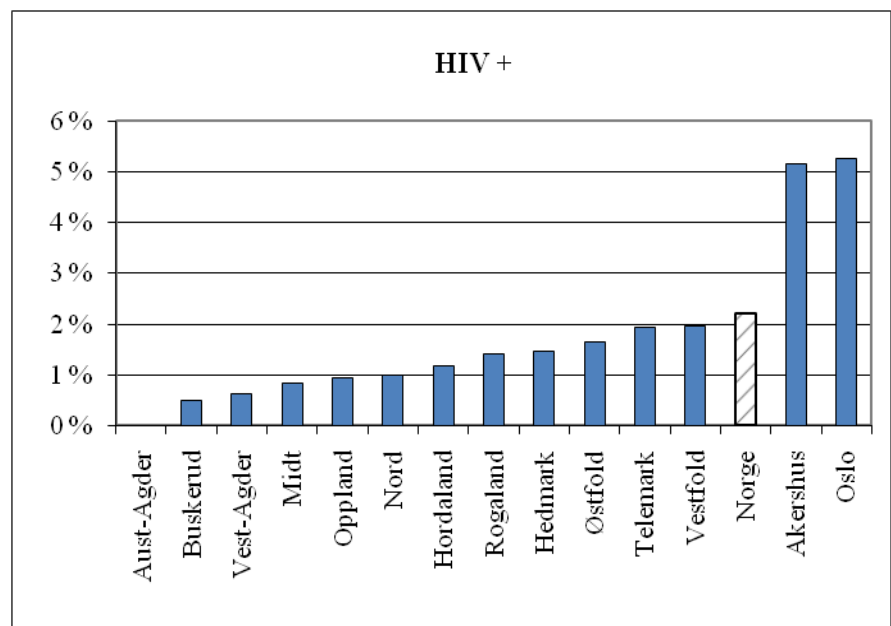
Oslo	63,5 %
Aust-Agder	78,2 %
Norge	81,5 %
Telemark	81,9 %
Østfold	82,0 %
Nord	82,2 %
Akershus	83,8 %
Hordaland	84,0 %
Vest-Agder	84,1 %
Buskerud	85,7 %
Oppland	86,2 %
Midt	88,4 %
Vestfold	88,7 %
Hedmark	89,7 %
Rogaland	91,3 %



## Smittestatus (blodsmitte)

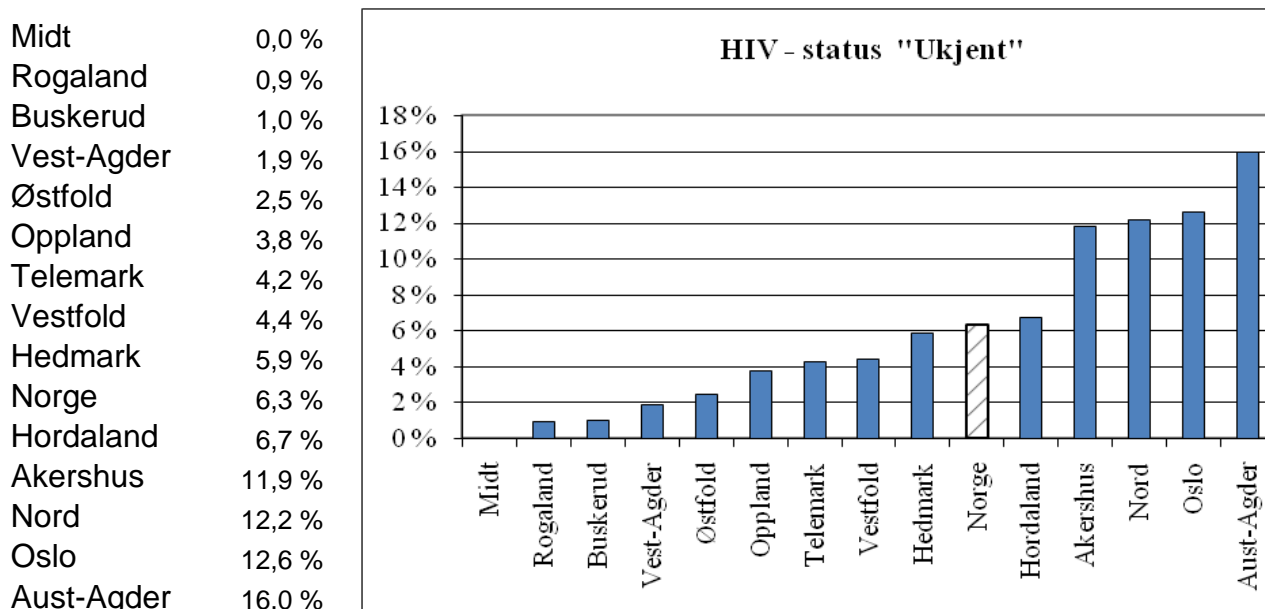
**Figur 14. Andel som har testet HIV +.**

Aust-Agder	0,0 %
Buskerud	0,5 %
Vest-Agder	0,6 %
Midt	0,8 %
Oppland	0,9 %
Nord	1,0 %
Hordaland	1,2 %
Rogaland	1,4 %
Hedmark	1,5 %
Østfold	1,6 %
Telemark	1,9 %
Vestfold	2,0 %
Norge	2,2 %
Akershus	5,2 %
Oslo	5,3 %



Figur 14 og 15 viser rapporteringen om HIV-smitte. Vi ser Oslo og Akershus med vel 5 % har mer en dobbel frekvens av landsgjennomsnittet som er 2,2 %. Andelen ukjent er noe lavere enn i 2007 men er fortsatt nokså betydelig. Den samme høye andelen i Oslo og omegn har imidlertid vært et konstant funn gjennom flere år.

**Figur 15 Andel med HIV teststatus ukjent.**



Undersøkelsen rapporterer også om andel HCV antistoff- positive. Gjennomsnittet i landet var 62,8 %, omtrent som i 2007. Dette er lavere enn forventet, og forklaringen ligger nok i andel ukjent (15,2 %). Høyest andel er funnet i LAR Midt (83 % %), Her var imidlertid andelen ukjent helt nede 0,9 %. Det er rimelig å anta at funnet i LAR Midt er det mest korrekte.

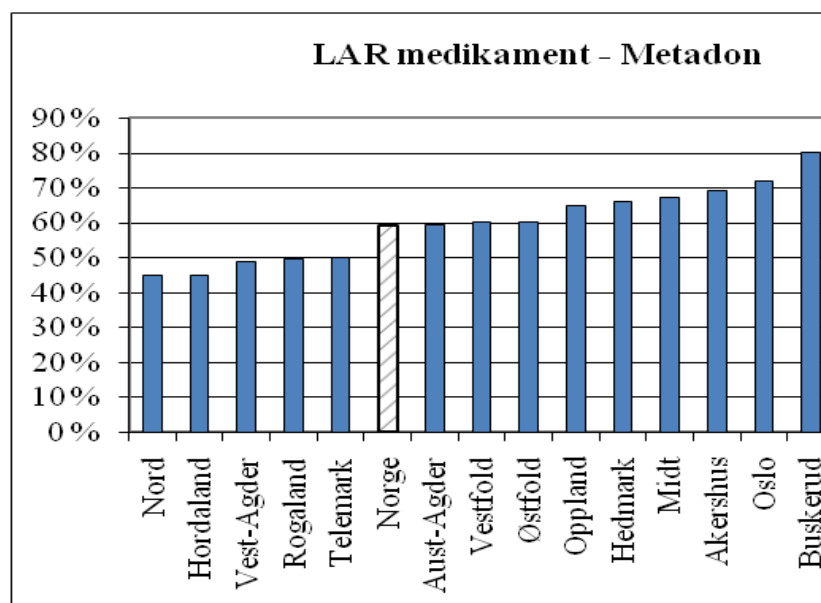
## MEDIKAMENTELL BEHANDLING

### *Medikamentvalg*

Etter at Subutex ble godkjent som LAR-medikament, har buprenorfin fått økende bruk: 2004: 23 %, 2005: 31 %, 2006 36,1 %. 2007 39,0 % og i denne undersøkelsen 39,7 %. Figur 16 viser andelen som bruker metadon. Vi ser at det er betydelige forskjeller mellom sentrene. Mens 8 av 10 brukte metadon i Buskerud, og 7 av 10 i Akershus og Oslo, var det bare vel 4 av 10 i vestlandsfylkene, i Vest-Agder og Nord-Norge. De andre sentrene har andeler med metadon nokså jevnt fordelt mellom ytterpunktene. Om vi sammenlikner med 2007, er rekkefølgen omtrent den samme. De med høyest andel Subutex har imidlertid omtrent samme andel i 2007. Endringene skjer altså i retning mot høyere andel Subutex i de sentrene som har hatt lav men endringen er langsom.

**Figur 16. Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 0,6 %)**

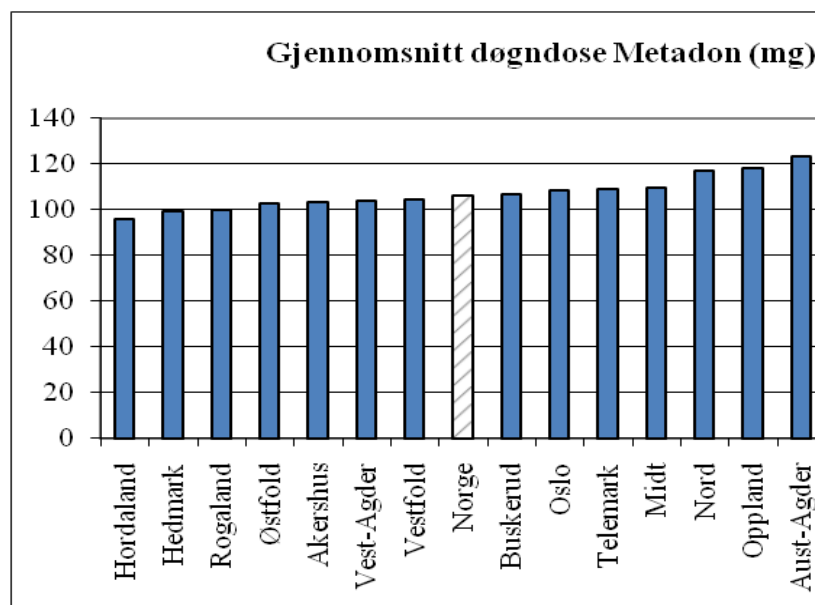
Nord	44,9 %
Hordaland	45,1 %
Vest-Agder	48,7 %
Rogaland	49,5 %
Telemark	50,2 %
Norge	59,3 %
Aust-Agder	59,4 %
Vestfold	60,3 %
Østfold	60,4 %
Oppland	65,1 %
Hedmark	66,2 %
Midt	67,1 %
Akershus	69,2 %
Oslo	72,1 %
Buskerud	80,3 %



## Dosering

**Figur 17. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene**

Hordaland	95,9
Hedmark	99,4
Rogaland	100,0
Østfold	102,7
Akershus	103,5
Vest-Agder	104,0
Vestfold	104,6
Norge	106,3
Buskerud	106,9
Oslo	108,8
Telemark	108,9
Midt	109,5
Nord	117,3
Oppland	118,1
Aust-Agder	123,3



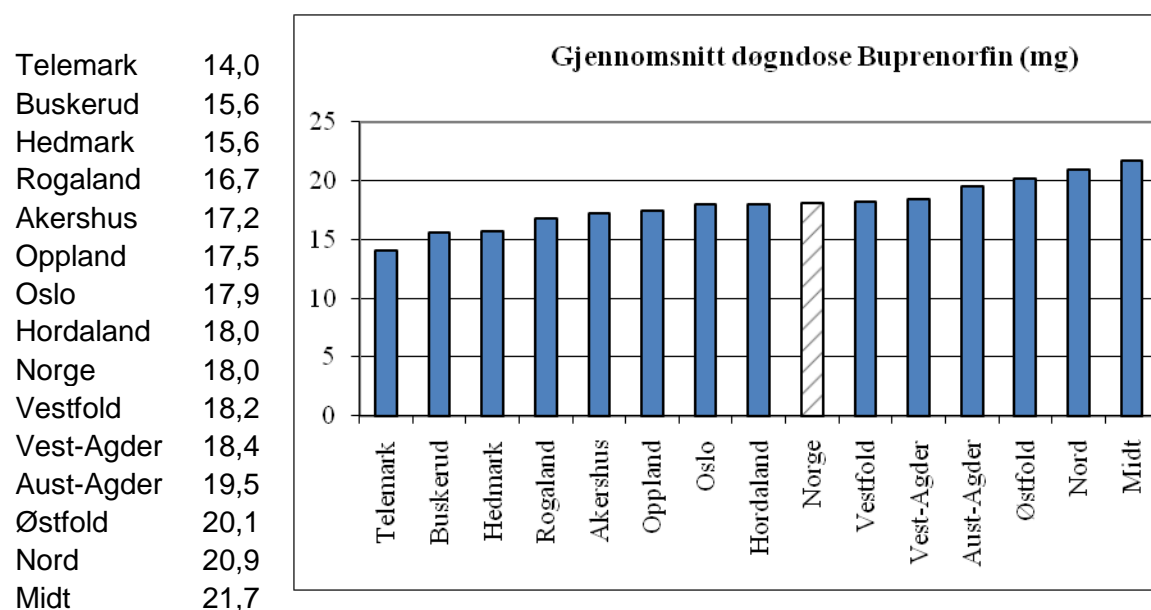
Figur 15 og 16 viser gjennomsnittlig dosering av metadon og buprenorfin. For metadon var dette 106,3 mg mens det i 2007 var 109 mg. Dette er relativt høyt i internasjonal sammenheng hvor en ofte anbefaler 80 – 120 mg metadon. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert i tråd med anbefalingene i statusrapporten og er nå omtrent midt i anbefalt nivå. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå. Aust-

Agder er nå det eneste senter som ligger noe over mens Oppland og sentrene i Nord og Midt-Norge ligger noe under anbefalingen.

Det anbefalte nivået for buprenorfin er 12-24 mg buprenorfin. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin over 20 mg er uvanlig. Dette er funnet i Midt-Norge og Nord-Norge. Internasjonalt har tendensen imidlertid gått mot å akseptere høyere doseringer.

Telemark ser ut til å ha lav gjennomsnittsdosering, og dette kan avspeile tendens til underbehandling. For øvrig er variasjonene små.

**Figur 18. Gjennomsnittlig dosering av buprenorfin**



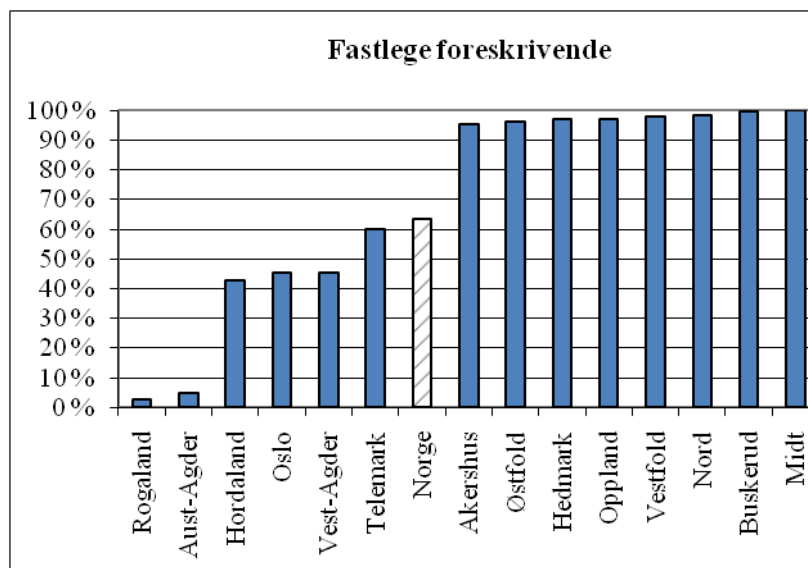
### **Behandlernde lege.**

På landsbasis er det nå 63,6 % som får medikamentet foreskrevet av sin fastlege (2005: 59 %, 2006: 60 %, 2007: 64,8 %). Fastlegen har altså en uendret sentral plass i LAR.

Figur 19 viser imidlertid at dette varierer i betydelig grad. Åtte sentere har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastlegen. Telemark hadde dette mønsteret også i 2007 mens andelen her har gått ned til 60 %. Fem sentre har mindre enn halvparten forskrevet av fastlege. To bruker nesten ikke fastleger i det hele tatt. De samme fem hadde lav andel fastlegeforskrivning i 2006 og 7 men det ser ut til at andelen øker i Vest-Agder, LAR Oslo og Hordaland. Andelen i LAR Oslo må sees i lys av at en høy andel er i oppstartfase mens pasienter som behandles av fastlege er underrepresentert.

**Figur 19 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege  
(Andel ukjent på landsbasis = 0,4 %)**

Rogaland	2,6 %
Aust-Agder	5,0 %
Hordaland	42,7 %
Oslo	45,2 %
Vest-Agder	45,5 %
Telemark	60,2 %
Norge	63,6 %
Akershus	95,2 %
Østfold	96,3 %
Hedmark	97,1 %
Oppland	97,2 %
Vestfold	98,0 %
Nord	98,4 %
Buskerud	99,5 %
Midt	100,0 %



### ***Forskrivning av andre medikamenter***

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet og om det forskrives benzodiazepiner og andre opiater enn LAR-medikamentet.

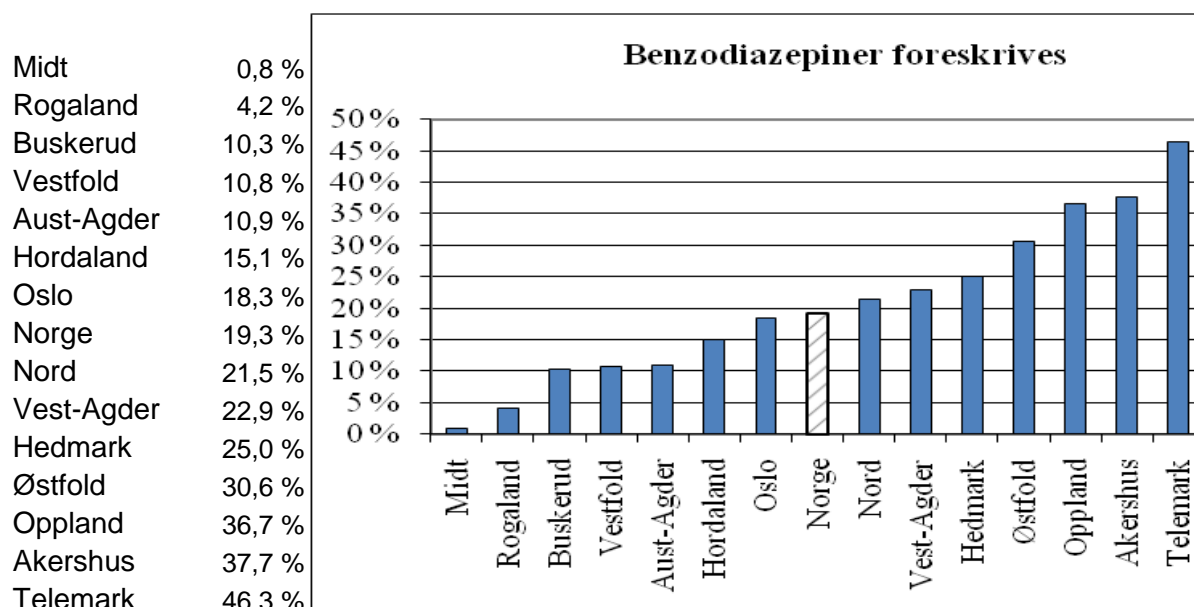
Det typiske er at det forskrives lite medikamenter som kan interferere gjennom å påvirke serumnivå eller effekt. Men noe forskrives, gjennomsnittlig 7.4 % (2007: 6,9 %) (Andel ukjent = 6 %, 2007: 8,0 %). LARiNord skiller seg ut med en høy andel på 15,8 %, økt fra 13,9 % i 2007.og LAR Midt med lav andel på 0,6 %, ned fra 1,9 % i 2007. Det er altså en reell andel som behandles slik at stabiliseringen med LAR-medikament kan svekkes. Noen steder kan dette være HIV-behandling. Det påfallende funnet gjelder LARiNord hvor det nesten ikke er smittede LAR-pasienter. En mulig forklaring er at LARiNord har en annen forståelse av hva det vil si interferere.

Det er også få som behandles med morfinstoffer (1,1 %, uendret fra 2007) slik det bør være.

Det påfallende funnet er at en høy andel som behandles med benzodiazepiner på tross av at dette er direkte i strid med faglige anbefalinger. Figur 20 viser at 19,3 %, opp fra 17,9 % i 2007, har en slik forskrivning. Dette avspeiler en langsom men jevn økning fra 2006. Det er dessuten en påfallende forskjell mellom sentrene idet det nesten ikke er en pasient med slik forskrivning i Midt-Norge og svært få i Buskerud og Rogaland mens mer nesten 5 av 10 pasienter har forskrivning i Telemark og mer enn 3 av 10 i Akershus og Oppland og 3 av 10 i Østfold. Høy forskrivning finner vi bare i fylker med høy forskrivning av fastleger men det er også fylker hvor fastlegeforskrivning ikke samvarierer med benzodiazepinforskrivning (Midt-Norge).

Det dreier seg altså om fastleger som ikke følger anbefalingene, men dette kan ha sammenheng med om fastlegene trekkes godt nok inn i samarbeid med LAR-senter.

**Figur 20. Andel som har benzodiazepinforskrivning (Andel ukjent på landsbasis = 3,4 %)**



## KONTROLLTILTAK

Undersøkelsen redegjør for utleveringen av medikamentet og for urinprøvekontrollen.

### ***Utlevering av medikament***

#### Antall ukentlige fremmøter

Hovedreglen er at medikamentet skal utleveres slik at en kan være sikker på at det er rett person som tar medikamentet og slik at en kan sikre forsvarlig inntak. Ett av virkemidlene er fremmøte for utlevering. Ved starten av behandlingen skal pasienten få medikamentet utlevert daglig og siden med økende stabilitet få utlevert for flere dagers forbruk (ta-hjem-dosering). I 2008 m øtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,9 ganger i uken (2007 4,0, 2006 4,29) Antallet fremmøter var i 2008 som i 2007 noe lavere Vestlandsfylkene og i Midt- og Nord-Norge og noe høyere i Sør – og Øst-Norge.

#### Andel overvåket inntak

Ett annet virkemiddel er å overvåke inntaket for å sikre at pasienten rent faktisk inntar medikamentet. På landsbasis var inntaket overvåket i 89,0 % av tilfellene. Dette er omtrent det samme som i 2007 og 2006. Region Øst skiller seg ut med lavere frekvens overvåket (78,9 %). LAR midt hadde 88,2 % mens de andre regionene hadde over 90 %.



### Kontrollnivå

Gjennomgående viser funnene at de fleste pasienter må møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament og at en legger vekt på å overvåke at pasienten inntar medikamentet. Kontrollnivået er altså nokså høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til Subutex som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til Suboxone som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning.

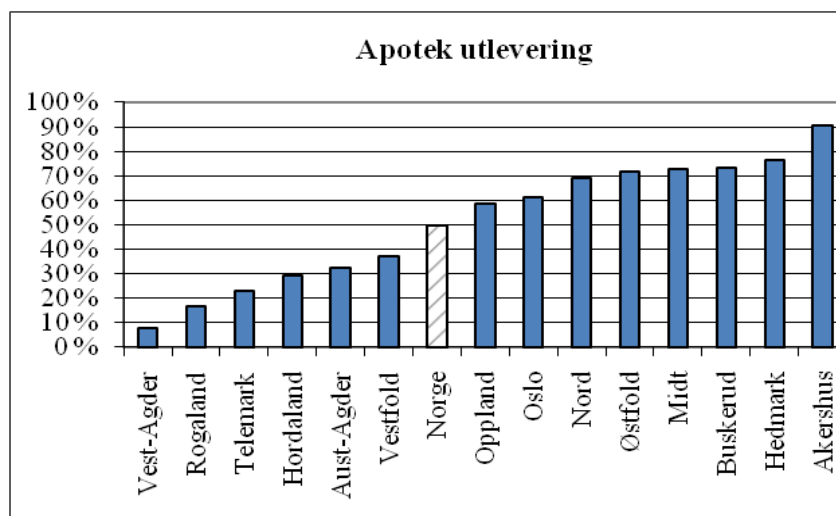
### Utleveringssted

Figur 20 viser noe under halvdel, 47,7 % får sitt medikament gjennom apotekene. Dette er noe lavere andel enn tidligere (2007: 49,3 %, 2006: 52 %) Vi ser også at det er stor forskjell mellom sentrene. Som tidligere bruker sentrene på Vestlandet, i Agder-fylkene og Telemark i liten grad apotek. Østfold, Midt-Norge, Buskerud, Hedemark og i særlig grad Akershus bruker imidlertid vanligvis apotek. Sentrene rapporterer at apotekene har svært ulike holdninger til slik utlevering. Noen er lite villige og andre krever svært høye kostnadsdekninger.

Figur 21 viser en oversikt over de ulike stedene som har slik utlevering.

**Figur 20. Andel med utlevering av medikamentet i apotek. (Andel ukjent Norge = 3,4 %)**

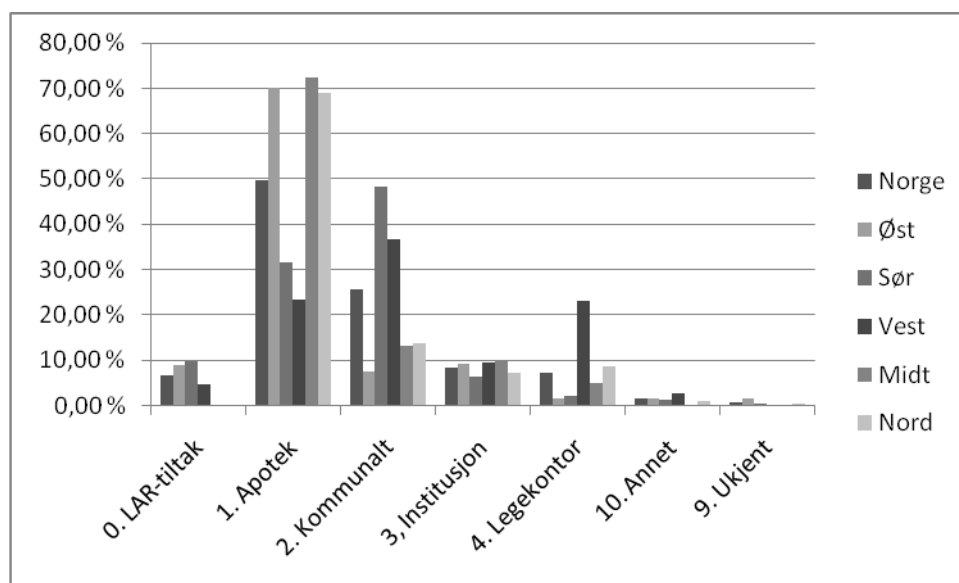
Vest-Agder	8,0 %
Rogaland	16,6 %
Telemark	22,8 %
Hordaland	29,3 %
Aust-Agder	32,7 %
Vestfold	36,9 %
Norge	49,7 %
Oppland	58,7 %
Oslo	61,3 %
Nord	69,0 %
Østfold	71,7 %
Midt	72,5 %
Buskerud	73,4 %
Hedemark	76,5 %
Akershus	90,7 %



Vi ser at mange bruker kommunalt tjenesteapparat i ulike former. Dette gjelder særlig sentre i Sør-Norge og Vest-Norge. Det er en del utlevering i institusjon slik som bo- og behandlingssentre, sykehus, fengsler og annet. Dette er nokså jevnt fordelt i landet. Utlevering hos fastlege er sjelden frasett Vest-Norge hvor mer enn en av fem får sitt medikament på legekantoret. Det bør også bemerkes at LAR-sentrene i liten grad står for utlevering, eventuelt annet noen steder i oppstartfasen.



**Figur 21. Prosentandel av ulike utleveringssteder i regionene.**



Det kan bemerkes at disse systematiske forskjellen i liten grad er evaluert. LAR kritiseres ikke sjelden for at pasienten må møte frem i daglig i sentre med kort åpningstid. Figuren viser at dette ikke er riktig. Det er imidlertid riktig at erfaringene med de ulike utleveringsformene bør evalueres kvalitativt.

## **Urinprøveordning**

LAR i Norge er særpreget ved hyppige urinprøver, de aller fleste avlagt overvåket. Denne undersøkelsen viser også en nokså høy frekvens. 64,9 % har regelmessige prøver hvilket er definert som minst en gang i uken. Andelen er imidlertid fallende (2005 72,2 %, 2006 67,9 %, 2007 67,0) Ytterligere 25,0 % har en stikkprøveordning. Andelen ukjent er lav, 2,5 %.

### Urinprøveavtaler

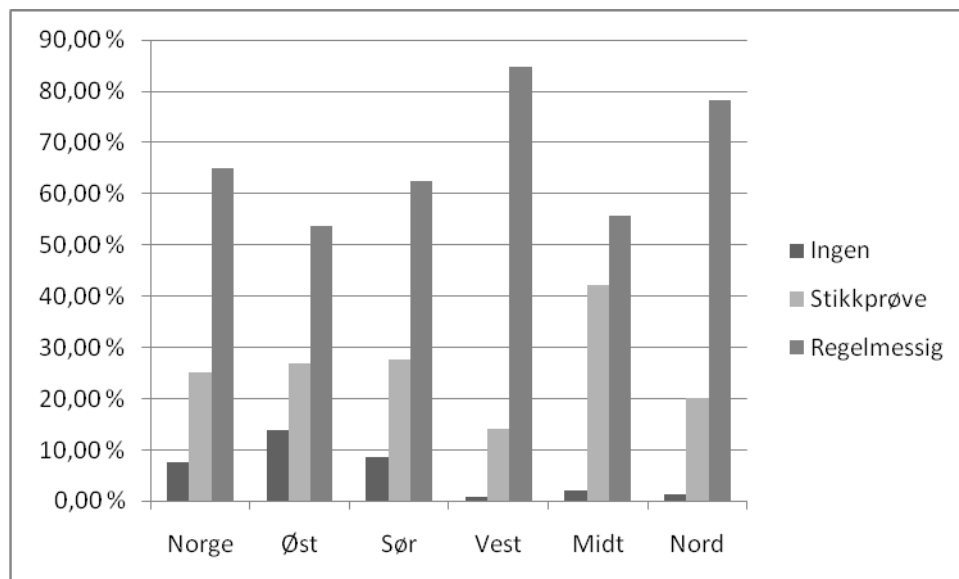
Figur 22 viser fordelingen av urinprøveavtalen fordelt på regionene. Lavest frekvens finnes i Region Øst og her er andelen uten prøver dessuten høyest. Prøvefrekvensen er ut til å være høyest i Region Vest hvor dessuten få har avtale om stikkprøver. Region Nord har et liknende mønster mens region Midt har relativt lav andel med regelmessige prøver men nesten ingen uten stikkprøver. Dette kan peke mot en mer systematisk praksis. Det er i alle fall vanskelig å forstå at det etter svært mange år er hensiktsmessig og kostnyttig å ha nesten alle på regelmessig urinkontroll. Verdien av kostnadene ved de ulike mønstrene bør evalueres.

### Ukentlig gjennomsnitt i antall prøver

Antall prøver er samlet omtrent som tidligere. I gjennomsnitt avla pasientene 1,0 prøver pr uke mot 1,5 i 2006 og 2007. Frekvensen ser altså ut til å være fallende.

Det er nokså stor forskjell mellom sentrene. I øst og sør ligger det gjennomsnittlige antallet prøver på henholdsvis 0,8 og 0,9. De andre sentrene ligger på 1,3.

**Figur 22. Andel med ulike urinprøveavtaler i de ulike regionene.**



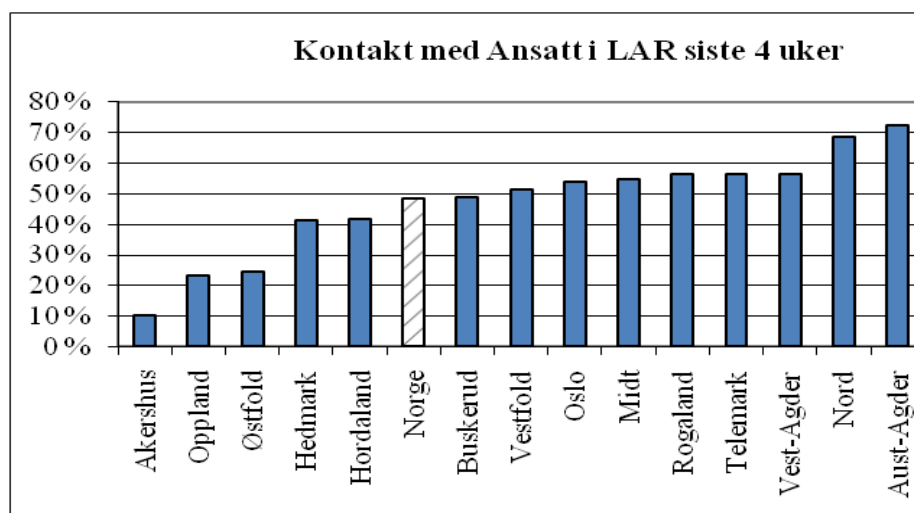
## PSYKOSOSIAL BEHANDLING

### ***Kontakt med behandlingsapparatet siste 4 uker***

LAR skal være en behandling som sikter mot helhetlig rehabilitering slik at behandlingen forankres i en tverrfaglig tiltaksplan (individuell plan).

**Figur 23. Andel med minst en kontakt med ansatt i LAR siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 4,1 %)**

Akershus	10,2 %
Oppland	23,4 %
Østfold	24,6 %
Hedmark	41,2 %
Hordaland	41,6 %
Norge	48,3 %
Buskerud	48,8 %
Vestfold	51,2 %
Oslo	54,0 %
Midt	55,0 %
Rogaland	56,3 %
Telemark	56,4 %
Vest-Agder	56,5 %
Nord	68,8 %
Aust-Agder	72,3 %



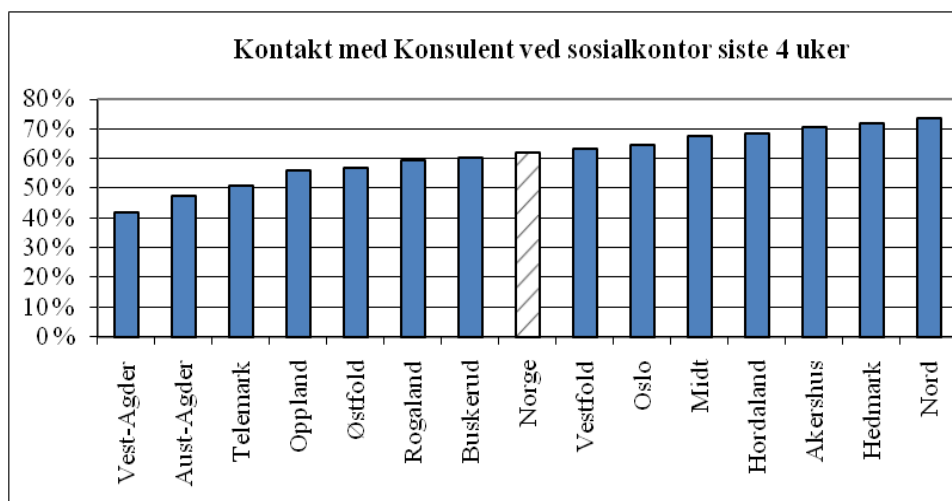
Statusundersøkelsen tar sikte på å undersøke hvilken kontakt hver pasient har med ulike deler av behandlingsapparatet. Det brukes en svært enkel målestokk. Har pasienten hatt minst en kontakt med de aktuelle instansene i behandlingsapparatet siste 4 uker. Svaralternativene er ja og nei.

Figur 23 viser hvilken andel av pasientene som har hatt minimum en kontakt med ansatt i ansvarlig LAR-senter. Gjennomsnittet i Norge var 48,3 %, opp fra 44,4 % siste år. I Aust-Agder og LARiNord har 7 av 10 hatt slik kontakt og mindre enn 3 av 10. De øvrige ligger litt over eller under landsgjennomsnittet. I Østfold og størstedelen av Akershus er det ikke eget LAR-tiltak og dette forklarer lav andel. Den høye andelen i Nord og i Agder avspeiler antakelig arbeidsform. Hovedbudskapet er at omtrent halvdelen av pasientene har kontakt med spesialisthelsetjenestens LAR-tilbud minimum en gang i måneden.

Figur 24 viser kontakten med sosialkontoret. Vi ser her at 62 % (61 % i 2007) har hatt slik kontakt. LAR Midt, Akershus, Hordaland og Oppland skiller seg ut med hyppig kontakt mens Agder-fylkene, Rogaland og Telemark har sjeldnere. Andel ukjent var i 2006 omtrent den samme og andel med kontakt 60,1. Det er gjennomgående de samme sentrene som har pasienter med hyppigere og sjeldnere kontakt.

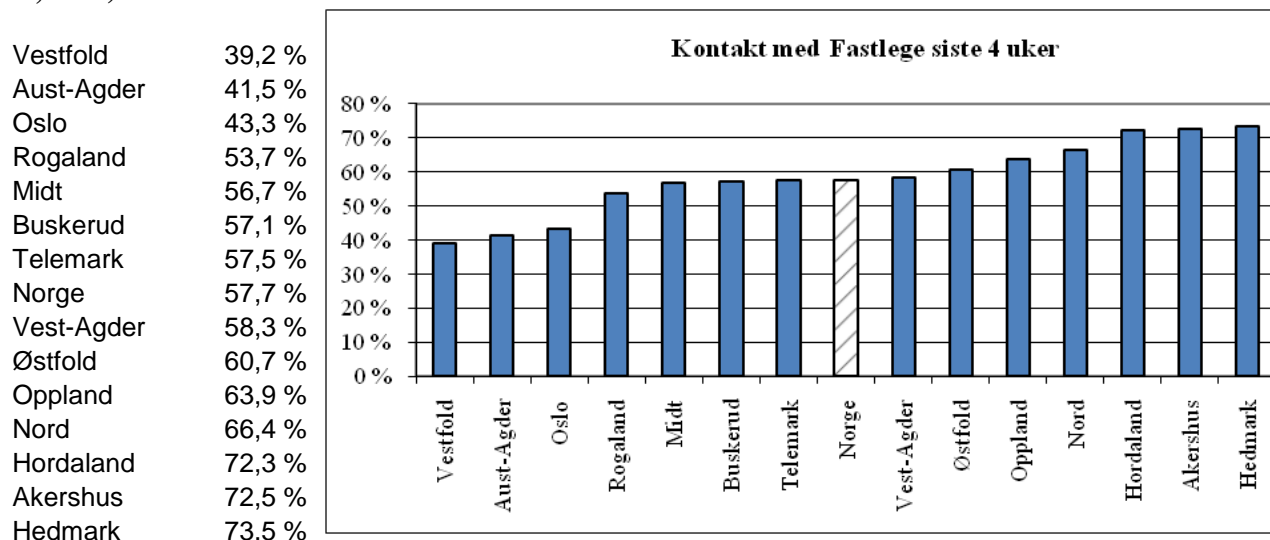
**Figur 24. Andel med kontakt med sosialsenter siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 6,1 %)**

Vest-Agder	42,0 %
Aust-Agder	47,4 %
Telemark	51,0 %
Oppland	56,1 %
Østfold	56,7 %
Rogaland	59,6 %
Buskerud	60,1 %
Norge	62,1 %
Vestfold	63,2 %
Oslo	64,4 %
Midt	67,7 %
Hordaland	68,6 %
Akershus	70,6 %
Hedmark	72,1 %
Nord	73,4 %



Figur 25 som gjelder kontakten med fastlegene viser at svarene har vært mer usikker på dette området med en ukjentandel på 11,7 % som er noe lavere enn i 2007 (14,7 %). Oppgitt andel i kontakt med fastlege siste måned var på landsbasis 57,7 %, noe høyere enn året før (55,0 %) Mønsteret av høy og lav frekvens i fastlegekontakten er som i 2006. Det er høyest kontakt i fylkene i Region Øst hvor systemet baseres på fastleger i størst grad, men også Hordaland og LARiNord oppgir hyppig kontakt. Samlet peker funnene mot at fastlegene har en betydelig plass i samarbeidet rundt pasientene.

**Figur 25. Andel med kontakt med fastlege siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 11,7 %)**



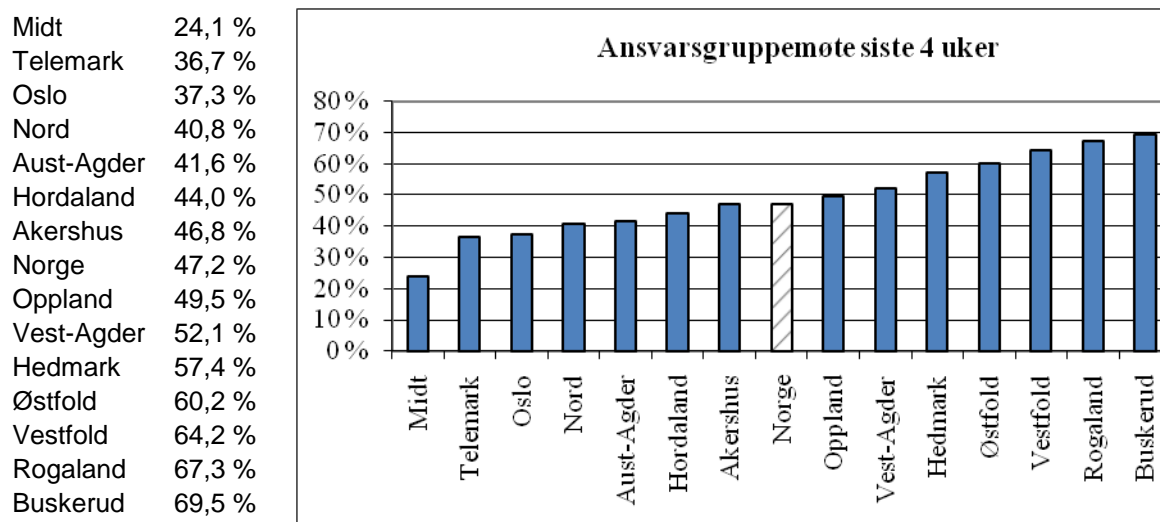
Kontakten med spesialisthelsetjenesten er lav om en ser bort fra kontakten med LAR-sentrene. På landsbasis hadde 9,4 % hatt kontakt med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og 15,0 % kontakt med ruspoliklinikk eller liknende. Dette er nesten helt uendret fra 2007. Andelen ukjent var henholdsvis 9,4 % og 15,0 %. Forskjellen mellom regionene var liten selv om Region Øst i snitt hadde noe høyere bruk av ruspoliklinikk (18,8 %) og Region Midt lav (9,1 %). Bruken av psykiatrisk kontakt var høyest i LARiNord (11,3 %) og Øst (10,7 %) og lavest i Region Vest (6,9 %) og LAR Midt (7,7 %). På tross av høy komorbiditet og betydelig preg av omfattende sammensatte rusproblemer, brukes altså spesialisthelsetjenesten utenom LAR lite.

Det er også spurt om pasienten har hatt gruppebehandling. På landsbasis er andelen litt over 4,3 % med angitt usikkerhet for en andel på 8,0 %. Andelen er altså tross noe usikre angivelser lav. LAR Midt har noe høyere andel som har deltatt i slik behandling (6,3 %), men gjennomgående er pasientgruppen åpenbart nesten uten gruppetilbud.

Denne lave kontakten med spesialisthelsetjenesten utenom LAR viser at systemet er lite integrert i det øvrige helsevesenet. Dette er i kontrast til at pasientgruppen er preget av sammensatte problemer. Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 26 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste måned. Landsgjennomsnittet var 47,2 % altså nær halvdelen av pasientene og andelen ukjent var lav. Det kan se ut som det er en svak nedadgående tendens (2006: 51,8 %, 2007: 49,1 %), men likevel er dette åpenbart et mye brukt virkemiddel. LAR Midt og noe mindre utpreget Telemark, LAR Oslo, LARiNord og LAR Aust-

Agder ligger lavt mens Rogaland, Buskerud og Vestfold har hatt hyppigere møter. Hovedtrekkene er stabilt fra 2007 og avspeiler praksis.

**Figur 26. Andel med ansvarsgruppemøte (Andel ukjent Norge = 2,2 %)**



Samlet peker undersøkelsen på at det særlig er sosialsenter og fastlege som har den hyppigste kontakten sammen med kontakt i LAR senteret. Øvrige deler av behandlingsapparatet er nokså lite involvert, mens det er nokså stor bruk av ansvarsgrupper. Det er nærliggende å anta at LAR-systemets funksjon vil være avhengig av velfungerende sosialsentre og fastleger, og/eller LAR-sentre som har utviklet nær og tett kontakt med disse instansene. Vi ser at det er stor forskjell mellom sentrene på dette området. Denne forskjellen ser i noen grad ut til å ha sammenheng med sentrenes ressursituasjon men vil antakelig også avhenge av om det er utviklet fornuftige systemer for arbeidsformen.

## HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

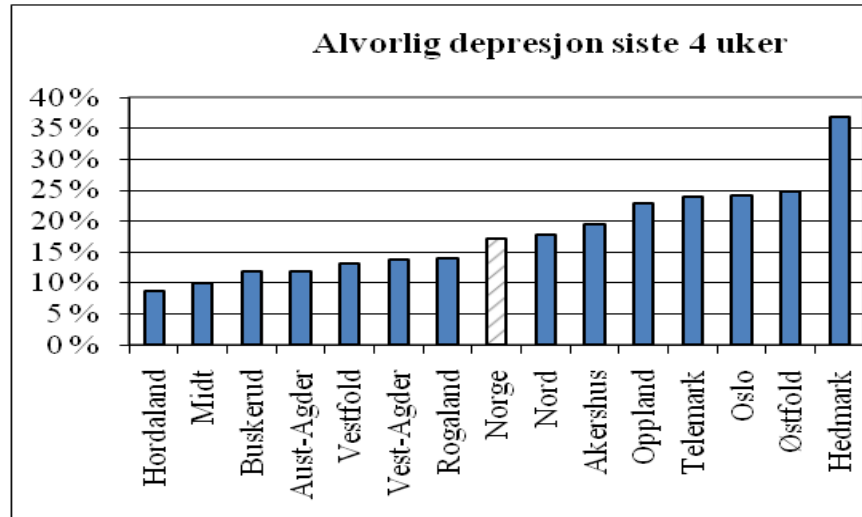
Statusundersøkelsen har flere spørsmål om psykisk helse og ett om somatisk helse. Spørsmålene er formulert som ja/nei alternativer i forhold til depressive symptomer, angst, vrangforestillinger og alvorlige somatiske lidelser med konsekvenser for livskvalitet. Spørsmålene er fulgt av en veileder som beskriver og forutsetter symptomer som ved psykiatriske lidelser. Det skal være symptomer ut over de som er vanlige i vanskelige livssituasjoner. Det legges likevel ingen systematisk undersøkelse til grunn og kvaliteten på dataene må derfor vurderes med ytterst stor forsiktighet. Det er vel slik at både ved de laveste og de høyeste frekvensene må det stilles kvalitetsspørsmål til registreringen.

## Psykisk helse

Figur 27 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser at vel 17 %. Dette er litt mer enn i 2007 og litt mindre enn i 2006 slik at nivået er stabilt. Funnet må tolkes forsiktig både fordi andelen ukjent er 7,8 % og fordi svarene ikke bygger på en systematisk undersøkelse. Likevel er det verd å legge merke til at andelen med depresjonstegnene er høy. Dette peker mot betydelig forekomst av depressive lidelser samtidig som kontakten med psykiatrisk tiltak er lav.

**Figur 27. Andel med depressive symptomer. (Andel ukjent Norge = 7,8 %)**

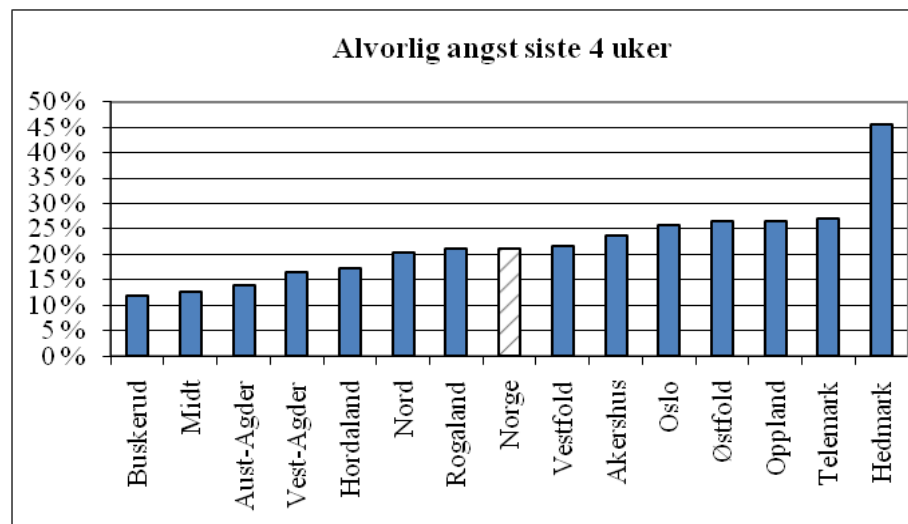
Hordaland	8,7 %
Midt	9,9 %
Buskerud	11,8 %
Aust-Agder	11,9 %
Vestfold	13,2 %
Vest-Agder	13,7 %
Rogaland	14,0 %
Norge	17,1 %
Nord	17,8 %
Akershus	19,5 %
Oppland	22,9 %
Telemark	23,9 %
Oslo	24,2 %
Østfold	24,9 %
Hedmark	36,8 %



Mønsteret likner på det fra 2007 med unntak av at Hedmark angir en avvikende høy andel. Her er det antakelig en registreringsfeil. I 2007 anga Hedmark at 20,7 % hadde depressive symptomer, og dette harmonerer mer med øvrig mønster. En annen forskjell er at Telemark beskriver et mer enn dobbelt nivå. For øvrig er mønsteret som tidligere. LAR-tiltakene i Region Øst angir høyere andel med depressiv symptomatologi enn landet for øvrig. Funnet er så vidt markert at det både er grunn til å undersøke om det er reelt og i så fall om hva årsaken kan være.

**Figur 28. Andel med symptomer som ved alvorlig angst. (Andel ukjent Norge = 7,9 %)**

Buskerud	11,8 %
Midt	12,7 %
Aust-Agder	13,9 %
Vest-Agder	16,6 %
Hordaland	17,3 %
Nord	20,4 %
Rogaland	21,0 %
Norge	21,2 %
Vestfold	21,6 %
Akershus	23,8 %
Oslo	25,9 %
Østfold	26,5 %
Oppland	26,6 %
Telemark	27,0 %
Hedmark	45,6 %



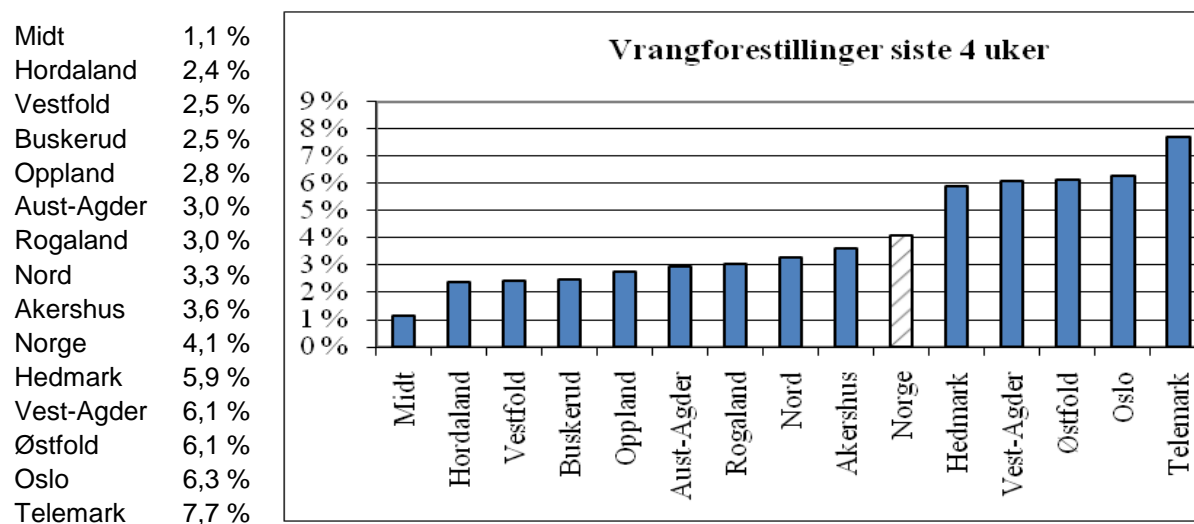
Forekomsten av alvorlige angstsymptomer fremgår av figur 28. Landsgjennomsnittet tilsier at noe over 20 % skulle ha en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Dette er omtrent som i 2007 (20,5 %) Hedemark skiller seg også her ut ved svært mye høyere andel og en økning som skulle tilsi mer enn tredobling fra året før. Oppland som i 2007 anga svært høy andel, angir nå et nivå mer likt andre områder. Telemark har også endrete funn og ligger nest høyest mens senteret anga lavere enn gjennomsnittet i 2007. Det ser altså ut til å være en del usikkerheter i angivelsene.

Ser vi bort fra disse vanskene, peker funnene fortsatt mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlidelser. Det er dessuten et mønster at sentrene i region Øst anfører en høyere andel med angst enn det typiske i landet for øvrig. Igjen: dette kan skyldes registreringspraksis men om dette ikke er forklaringen, bør en søke å finne årsakene.

Figur 29 viser svarene i forhold til andel med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Andelen med slike vansker er betydelig lavere enn det ble funnet i forhold til angst og depresjon. Andelen er likevel så høy som 4,1 % på landsbasis, omtrent som ved 2007-undersøkelsen (3,3 %). Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen, omtrent som ved 2006-undersøkelsen.

Mønsteret i forhold til relative forskjeller er vanskelig å tolke. Den laveste andelen (Midt-Norge) er på nivå med normalbefolkningen men det høyeste som er vist i Telemark er 8 ganger så høyt. Det er ganske store endringer i mange av sentrene. Buskerud har endret plassering fra blant de høyeste til de laveste. Telemark fra de laveste til den høyeste. Forskjellene mellom lavest og høyest er så vidt stor og mønsteret så uklart at forklaringen mest sannsynlig er metodevansker.

**Figur 29. Andel med vrangforestillinger. (Andel angitt ukjent Norge = 8,2 %)**



Den samlede vurdering er at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at dette setter søkelyset på samarbeidet med psykiatrien for øvrig og på kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Det er dessuten systematiske regionale forskjeller og forskjeller mellom sentrene som

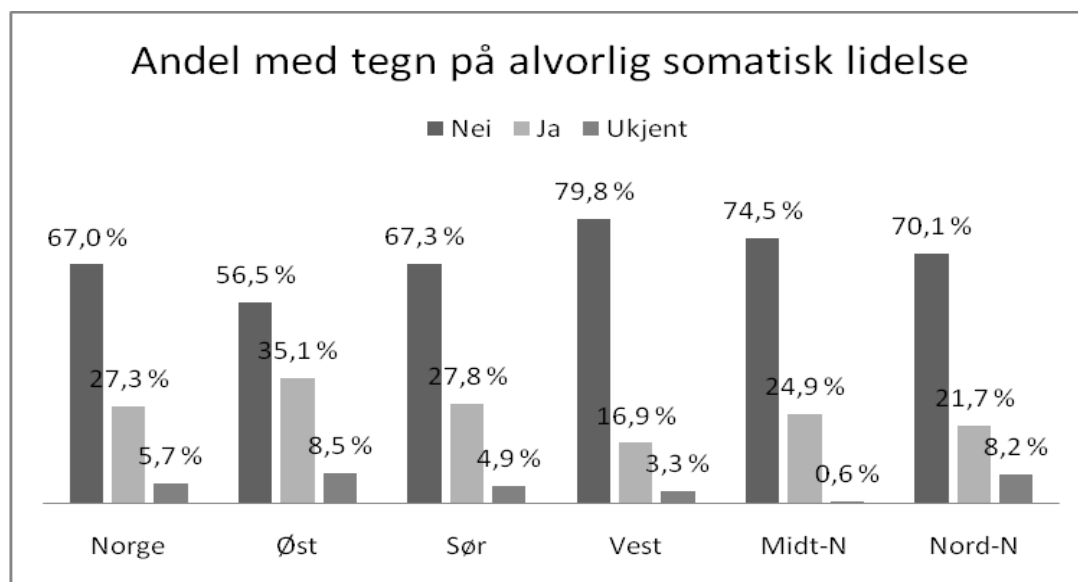
skaper behov for undersøkelser med sikrere metoder. Forskjellene kan peke mot at noen regioner rekrutterer med belastete grupper enn andre, at de som har størst vansker faller ut i noen områder eller at det gis en bedre behandling slik at symptomreduksjonen avspeiler klinisk praksis. Forklaringen kan imidlertid også være så enkel som at registreringene er usikre og systematisk forskjellige.

Det hadde vært ønskelig å kunne undersøke dette nærmere. Dette hadde forutsatt personbaserte data slik at man kunne analysere i forhold til karakteristika ved den enkelte pasient og den behandlingen denne hadde fått. Det er søkt om slik tillatelse men dette er avslått.

## Fysisk helse

Rapporteringen av om fysisk sykdom eller skade har påvirket livsførsel eller livskvalitet de siste 4 ukene viser at en høy andel har relativt alvorlige tilstander. Andelen angitt ukjent var bare 5,7 % (2007: 8,9 % (2006: 6,8 %) og det er da et viktig funn at så mye som vel en fjerdedel, 27,3 % undret fra 2007 er beskrevet med slike tilstander. Det tegnes derfor et bilde av en populasjon som i tillegg til betydelige psykiske vansker også har kroppslige sykdommer og plager i så stor grad at det svekker utfoldelse og livskvalitet.

**Figur 30 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet**



Figur 30 viser at andelen med alvorlige fysiske helseplager stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. Sentrene i Region Vest ligger imidlertid i denne som i fjorårets undersøkelse lavest mens Region Øst har en andel på 35 % og Sør ligger like under 30 %. Om dette avspeiler forskjeller i sykkelighet, er usikkert. Funnene trekker imidlertid i samme retning som undersøkelsen av psykisk helse. Andelen som er HIV positiv er også høyest i disse regionene, særlig i Region Øst.



## RUSMIDDELBRUK

Rapportering er gjennomført på samme måte som i 2006 og 2007. Dette vil si at opplysninger om rusmiddelbruk og informasjonen fra urinkontrollene er slått sammen. Det rapporteres altså at det har vært bruk dersom det er ett positivt urinfunn eller opplysninger om minst ett inntak av vedkommende rusmiddel siste 30 dager. Andelen angitt ukjent er nå gått en del ned og ligger for alle rusmiddeltypene klart lavere enn 10 % for alle de ulike rusmiddeltypene utenom alkohol. Det er imidlertid stor forskjell mellom sentrene. Andelen ukjent er særlig høy i Region Øst og delvis også i Sør. I Oslo er andelen ukjent særlig høy for pasienter som behandles fra bydelsnivå. Lar Midt og sentrene i vest angir svært lave verdier av andel ukjente og derfor mindre usikre svar.

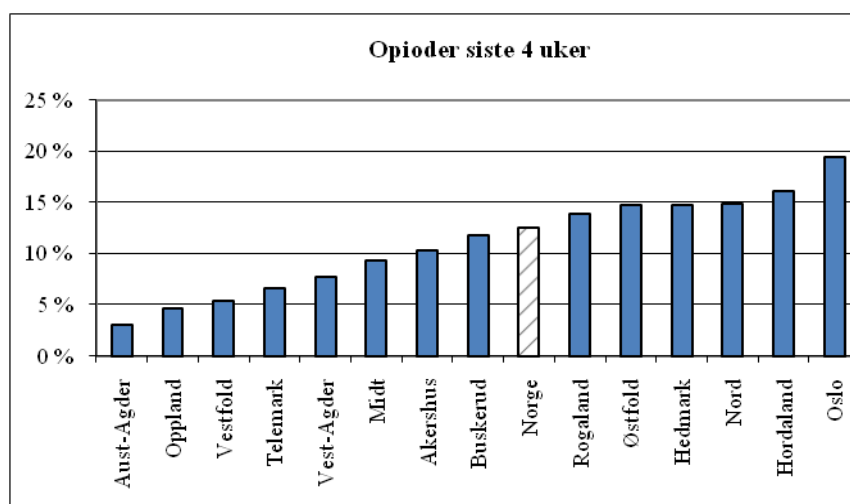
### Opioider

LAR med metadon eller buprenorfin er først og fremst behandling for bruk og avhengighet av heroin. Virkningene på dette området er derfor særlig sentralt for å bedømme behandlingen.

Vi ser av figur 31 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 12,6 % (2006:13,2 %, 2007 14,4 %). Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer.

**Figur 31 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker. (Andelen ukjent Norge = 9,1 %)**

Aust-Agder	3,0 %
Oppland	4,6 %
Vestfold	5,4 %
Telemark	6,6 %
Vest-Agder	7,7 %
Midt	9,3 %
Akershus	10,3 %
Buskerud	11,8 %
Norge	12,6 %
Rogaland	13,8 %
Østfold	14,7 %
Hedmark	14,7 %
Nord	14,8 %
Hordaland	16,1 %
Oslo	19,4 %



Figuren viser imidlertid også at det er betydelig forskjeller mellom sentrene. Denne variasjonen er ikke så lett å tolke selv om det i hovedsak er de samme fylkene som ligger lavt i denne undersøkelsen som i forrige. Hordaland hadde imidlertid forrige gang under 5 % positive opioidfunn mens det i denne er nest høyest med 3 ggr så mange. De fleste sentrene i Region Øst ligger høyt men ikke Oppland. LAR Buskerud lå men ikke denne gange. Oslo ligger stabilt høyt som siste og dette har naturlig

sammenheng med at en høy andel er i oppstartfase. Midt-Norge ligger noe under middels.

Det viktigste en kan lese av denne tabellen er kanskje at behandlingen gjennomgående er vellykket målt etter om pasienten har brukt heroin eller andre opiater siste måned. Andelen ute opiatbruk er svært lav i internasjonal sammenheng.

Andelen ukjent er vesentlig høyere i Region Øst og delvis i Sør. Det gjelder særlig Oslo, Telemark og Akershus. Funnene her er derfor mer usikre enn i landet for øvrig.

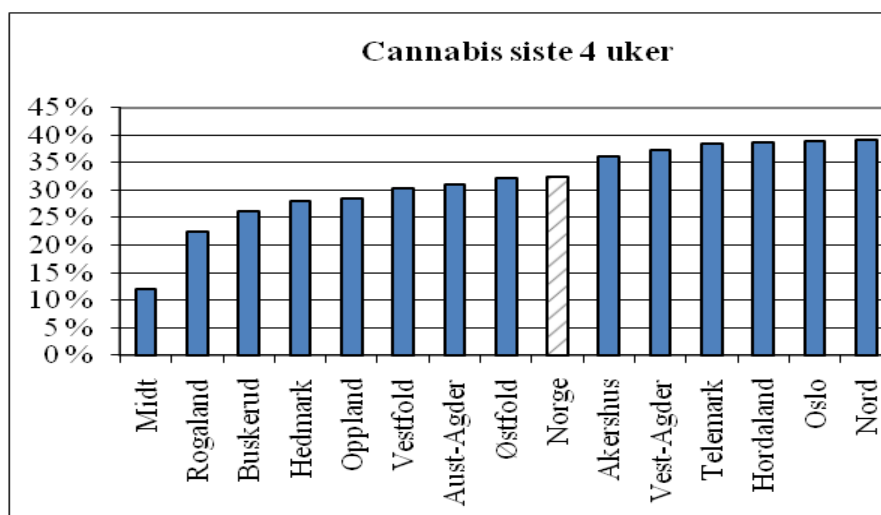
## **Cannabis**

Bruken av cannabis fremgår av figur 32. Andelen ukjent er 9,1 % noe lavere enn i 2006 og 2007. Høyest usikkerhet finnes i de samme sentrene som usikkerheten i forhold til opioider.

Vi ser at nesten 1/3 har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker. Dette er uendret fra 2005, 2006 og 2007. Det er i hovedsak de samme sentrene som har lav og høy andel. Grovt sett kan en si at LAR Midt skiller seg ut med vesentlig lavere andel enn alle andre, mens sentrene for øvrig ligger litt høyere eller litt lavere enn landsgjennomsnittet.

**Figur 32. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 9,1 %)**

Midt	11,9 %
Rogaland	22,4 %
Buskerud	26,1 %
Hedmark	27,9 %
Oppland	28,4 %
Vestfold	30,4 %
Aust-Agder	31,0 %
Østfold	32,2 %
Norge	32,4 %
Akershus	36,2 %
Vest-Agder	37,4 %
Telemark	38,4 %
Hordaland	38,7 %
Oslo	38,9 %
Nord	39,1 %

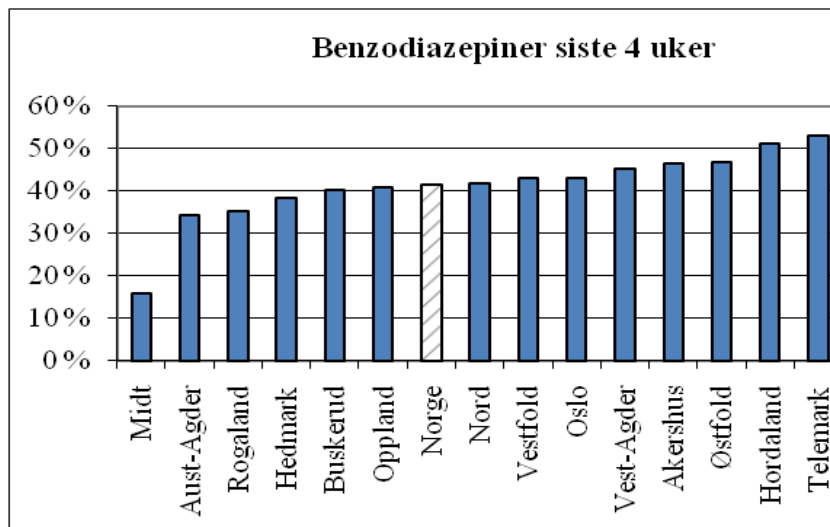


## **Benzodiazepin**

Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i LAR-behandling i svært mange land. Benzodiazepin svekker den stabiliserende virkningen av LAR-medikamentet og øker kognitive og psykomotoriske problemer. Likevel er det et betydelig press for benzodiazepinforskrivning.

**Figur 33. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 8,5 %)**

Midt	15,9 %
Aust-Agder	34,3 %
Rogaland	35,3 %
Hedmark	38,2 %
Buskerud	40,4 %
Oppland	40,7 %
Norge	41,6 %
Nord	41,8 %
Vestfold	43,1 %
Oslo	43,2 %
Vest-Agder	45,4 %
Akershus	46,4 %
Østfold	46,9 %
Hordaland	51,1 %
Telemark	53,1 %



Den bruken som er påvist i undersøkelsen gjelder både forskrevet benzodiazepin og illegalt omsatt benzodiazepin. Figur 33 viser at 41,6 % har brukt slike preparater siste måned (2006: 40,9 %, 2007 42,3 %). Mindre enn halvparten (19,3 %) stammer fra forskrivning i følge denne undersøkelsen. Dette viser at omtrent 1/5 har brukt forskrevne benzodiazepiner mens en tilsvarende andel har brukt utelukkende illegale. Det er tendens til høy illegal bruk i sentre med høy forskrivning, men det er også eksempler på det motsatte. Hordaland har for eksempel nesten ikke forskrivning men ligger likevel høyt på påvist illegal bruk.

Utviklingen er ikke entydig. I 2005 ble det påvist en bruk hos 33,4 %. Dette økte til 40,9 % i 2006 og videre til 42,3 % i 2007. I år er andelen noe lavere. Mønsteret mellom sentrene er omtrent som før. LAR Midt skiller seg ut ved å ha vesentlig lavere bruksandel enn alle andre sentre. Aust-Agder og Rogaland ligger også lavt mens det er særlig høy andel i Hordaland og Telemark. Det er ikke noe spesielt mønster i forhold til regionene for øvrig.

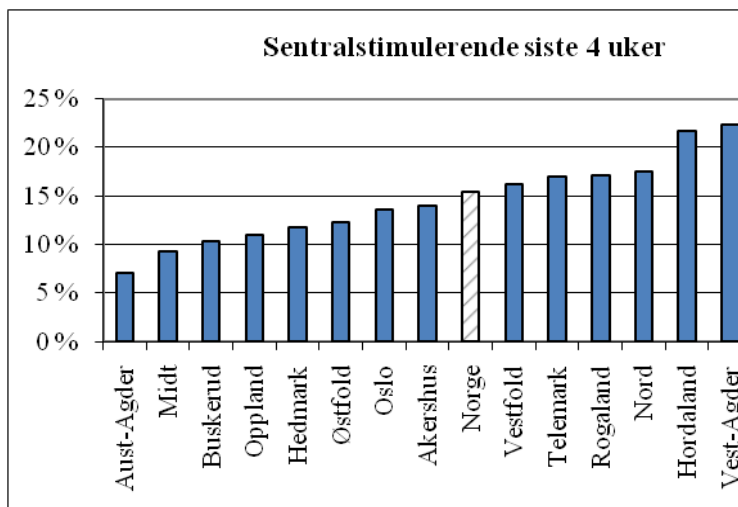
## Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 34. Vi ser at det er langt mindre problemer med bruk av slike midler. På landsbasis er andelen 15,4 % med påvist bruk siste måned. Dette er nær identisk med funnene i 2006 og 2007. Andelen ukjent er gått ned. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som har neglisjert det siste og ikke hatt dette som standard i urinprøvene.

Det kan dette året som tidligere se ut som om problemene er størst på Vestlandet og i sentre som har særlig høy bruk av buprenorfin. Det er altså i alle fall ikke noe som tyder på at dette reduserer bruken av sentralstimulerende midler mer enn metadon. Aust-Agder og Midt-Norge ligger særlig men også Buskerud, Oppland og Hedmark har lav andel med bruk. Ut over lav bruk i Midt-Norge og tendens til høy bruk i sentre som forskriver mye buprenorfin, er det ingen tydelige mønstre.

**Figur 34 Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler.  
Landsgjennomsnitt ukjent = 9,8 %**

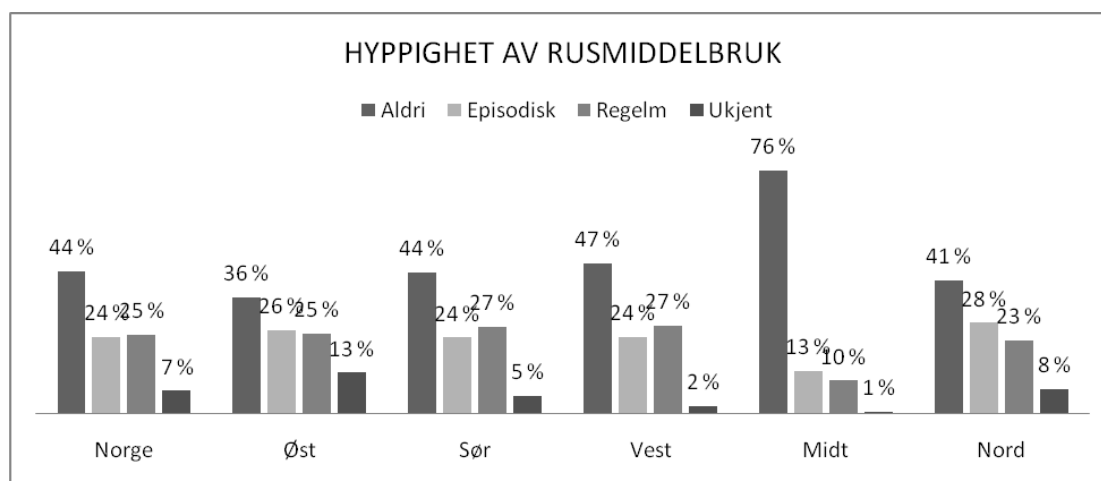
Aust-Agder	7,1 %
Midt	9,3 %
Buskerud	10,3 %
Oppland	11,0 %
Hedmark	11,8 %
Østfold	12,2 %
Oslo	13,7 %
Akershus	14,0 %
Norge	15,4 %
Vestfold	16,2 %
Telemark	17,1 %
Rogaland	17,1 %
Nord	17,5 %
Hordaland	21,7 %
Vest-Agder	22,4 %



### **Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker**

Dette er vurdert ved to spørsmål. Det ene dreier seg om hyppighet av stoff og alkoholbruk med svaralternativene aldri, få enkeltepisoder og regelmessig bruk og det andre om alvorlighet av bruken med svaralternativene ”god funksjon, fungerer” som andre”, ”Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket” og ”Avhengighetspreget, rusdominert funksjon”. Variablene bygger altså på skjønn fra svarer. Dette gir større usikkerhet slik at det kan være usikker bruk av alternativene. Andelen bedømt som ukjent er litt lavere enn tidligere.

**Figur 35 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker.**

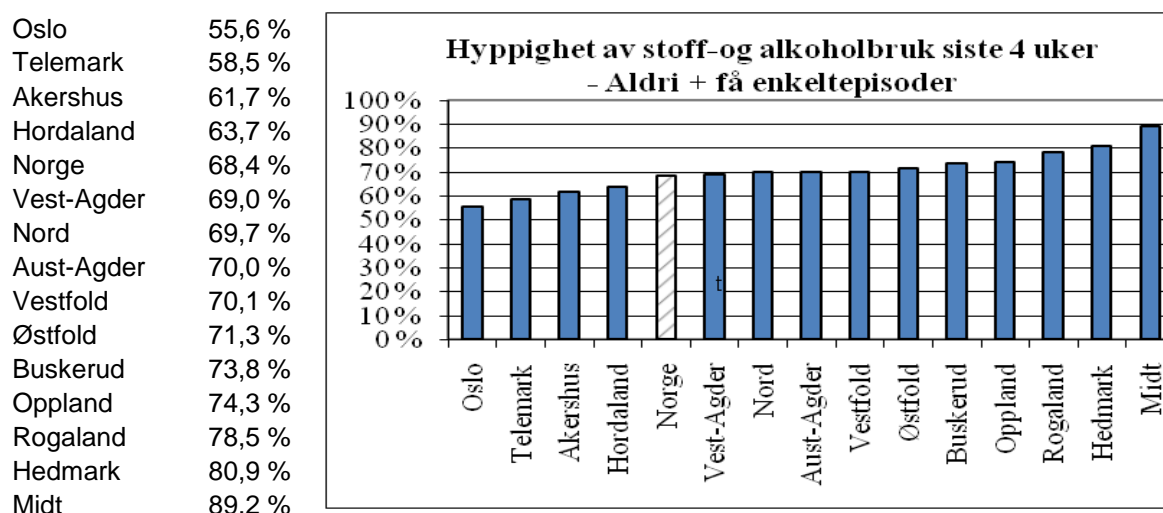


Vi ser at det er 44 % som aldri har brukt noen rusmidler de siste 30 dager mens ytterligere 24 % har hatt enkeltepisoder. Vi ser også at Region Øst og noe mindre utpreget LARiNord ligger litt under landssnittet. Det som skiller seg ut er LAR Midt

hvor det nesten ikke er noen som har brukt noen rusmidler siste 30 dager samtidig som bruken bedømmes kjent hos praktisk talt alle.

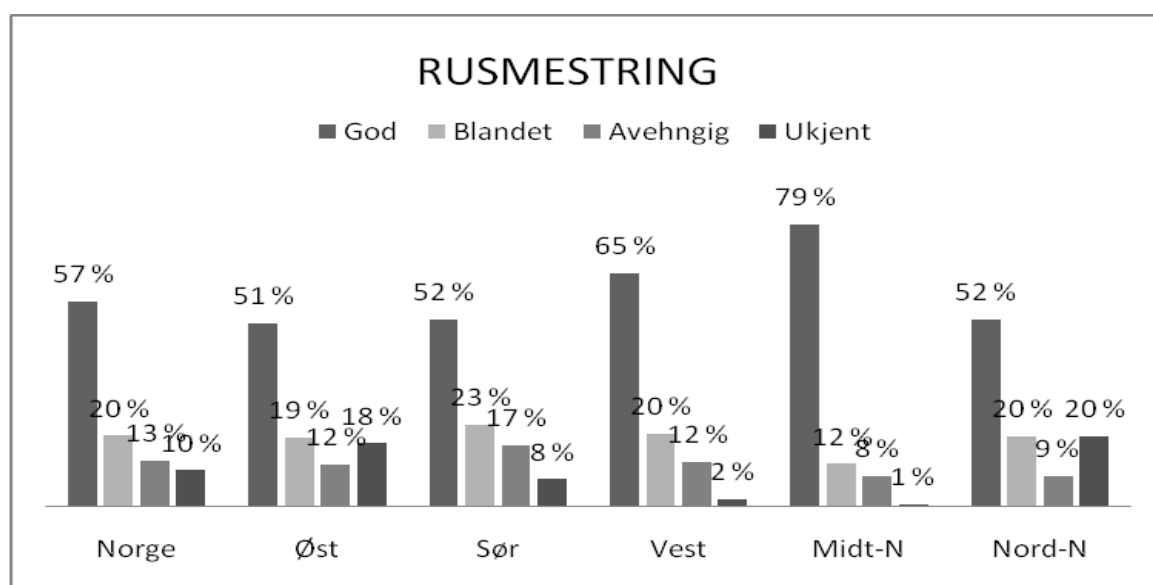
Siden bruken av kategoriene antakelig er noe varierende, har vi også slått sammen kategoriene ”aldri” og ”få enkeltepisoder” til en kategori ”God” mestring. Med de sammenslåtte variablene ser vi at landsgjennomsnittet av fravær av eller ubetydelig bruk er så høyt som mer enn 2/3 (68,4 %). Dersom dette bedømmes pålitelig er dette svært gode resultater. Det er noe vanskelig å bedømme holdbarheten av det siden nokså mange rapporterer om bruk av cannabis eller benzodiazepin siste måned slik at skjønnet her antakelig kan variere. Funnet er omtrent som i 2007 (66,2 %).

**Figur 36. Hyppighetene av bruk rusmidler siste 4 uker. (Andel ukjent = 8)**



LAR Midt seg tydelig ut fra de andre ved å beskrive at nesten 9 av 10 (89,2 %) er helt eller nesten helt uten rusmiddelbruk. De tre sentrene som kommer nærmest er LAR

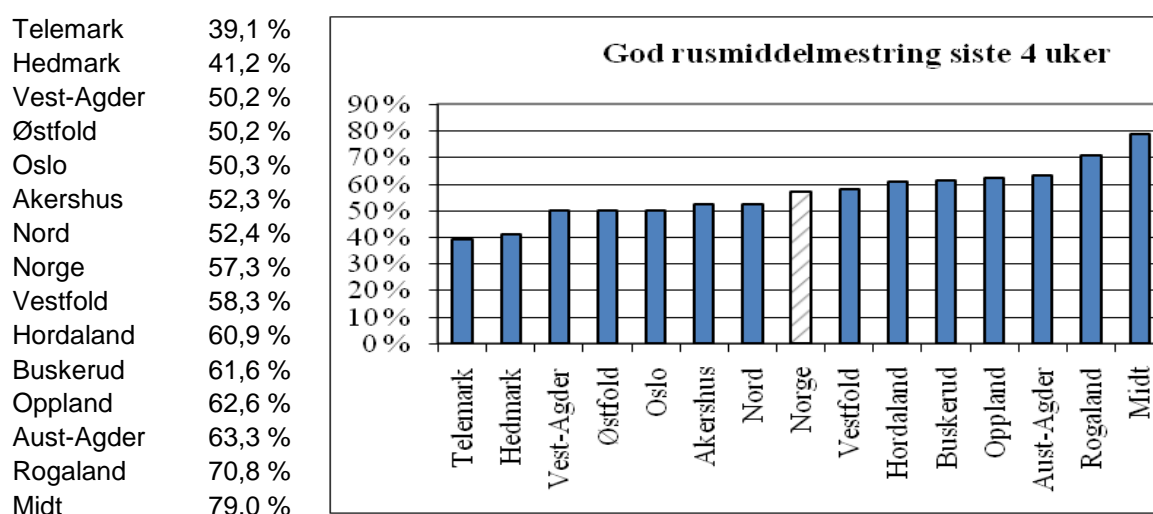
**Figur 37 Grad av rusmestring etter helhetlig vurdering**



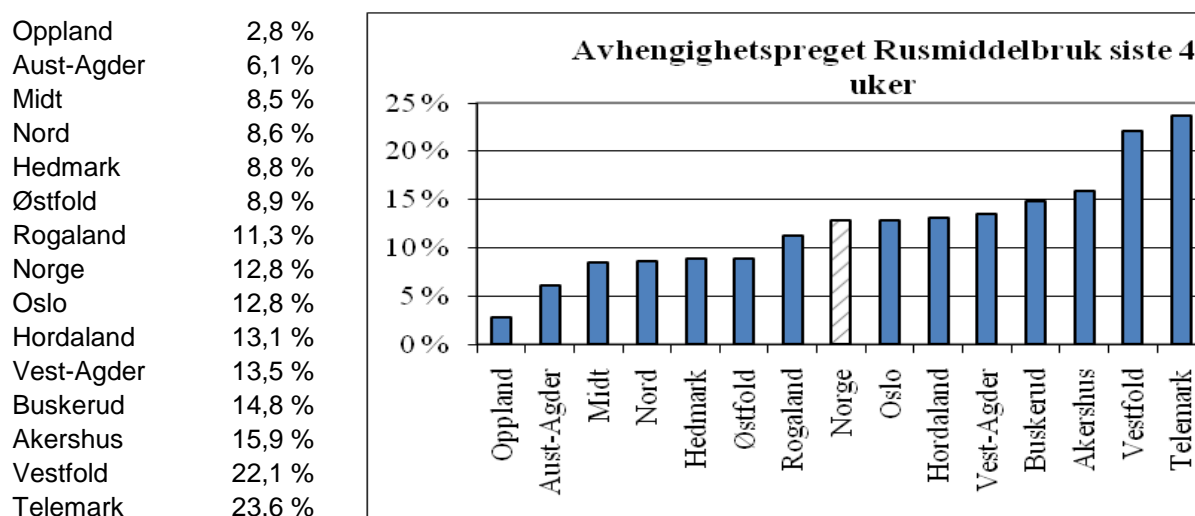
Hedmark, Rogaland og Oppland. LAR Oslo og LAR Telemark og noe mindre utpreget Hordaland har lavets andel, også her er det mer enn 5 av 10 som beskrives med ikke eller bare ubetydelig rusmiddelbruk.

Figur 37 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. Vi ser at det er et landsgjennomsnitt hvor nesten 6 av 10 har god mestring mens ytterligere 2 av 10 har en blandet funksjon. Andelen ukjent ligger rundt 10 %. Dette er noe ned fra 2007. Vi ser også at mønsteret er nokså likt i Øst, Sør og Nord mens Midt-Norge og i noe mindre grad Vest-Norge skiller seg ut med svært høy andel med god mestring og lav andel ukjent. Andelen ukjent er særlig høy i LAR Oslo og Telemark.

**Figur 38. Andel angitt med en god funksjon i forhold til rusmiddelmestring "Som andre" (Landsgjennomsnitt ukjent = 10,1 %)**



**Figur 39. Gjennomsnittlig andel som beskrives med avhengighetspreget rusmiddelbruk siste 4 uker. (Landsgjennomsnitt ukjent = 10,1 %)**



Vi har sett mer detaljert på andelen hvor rusmiddelmestringen er bedømt som god (figur 38). Landsgjennomsnittet er opp noe til 57,3 % og de fleste sentrene angir at

noe over eller under halvdelen har en god funksjon (mestring som andre). I LAR Midt gjelder dette 8 av 10. LAR Rogaland har også høy andel mens Telemark og Hedmark har lav. De øvrige ligger enten litt over eller litt under landsgjennomsnittet. Det er ikke så enkelt å forklare disse ulikhetene ut over at LAR Midt systematisk peker seg ut med mer gunstige resultater. Den store forskjellen mellom Hedmark og Oppland er vanskelig å forklare. Det samme gjelder forskjellen mellom Rogaland og Vest-Agder. Det er grunn til å tro at registreringen har betydelige svakheter.

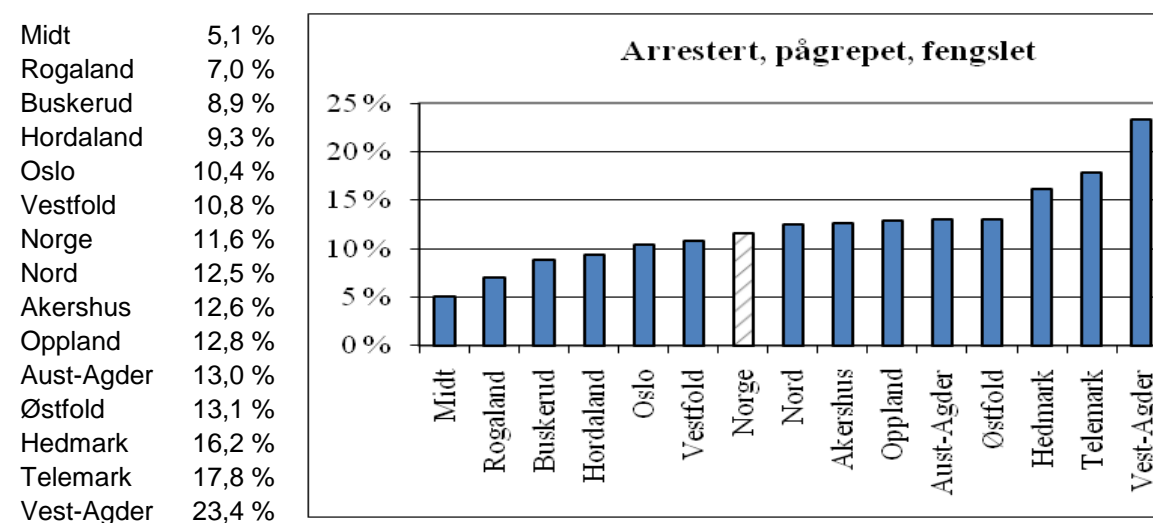
## SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR

Noen få spørsmål dreier seg om hvorledes situasjonen har vært siste år. Dette vurderes med noen enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er antakelig nokså mange av de som har fylt ut som har usikker kjennskap til hvorledes pasienten har hatt det i så langt tidsrom. Angivelsene må vurderes med dette for øye.

### Kriminalitet

Fra og med 2007 er rapporteringen forenklet. Det rapporteres nå bare om pasientene har hatt minst ett av kjennetegnene ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet”. Tallene er derfor sammenliknbare med 2007 men ikke med 2006.

**Figur 40. Andel som har vært arrestert. (Landsgjennomsnitt ukjent =6,9 %)**

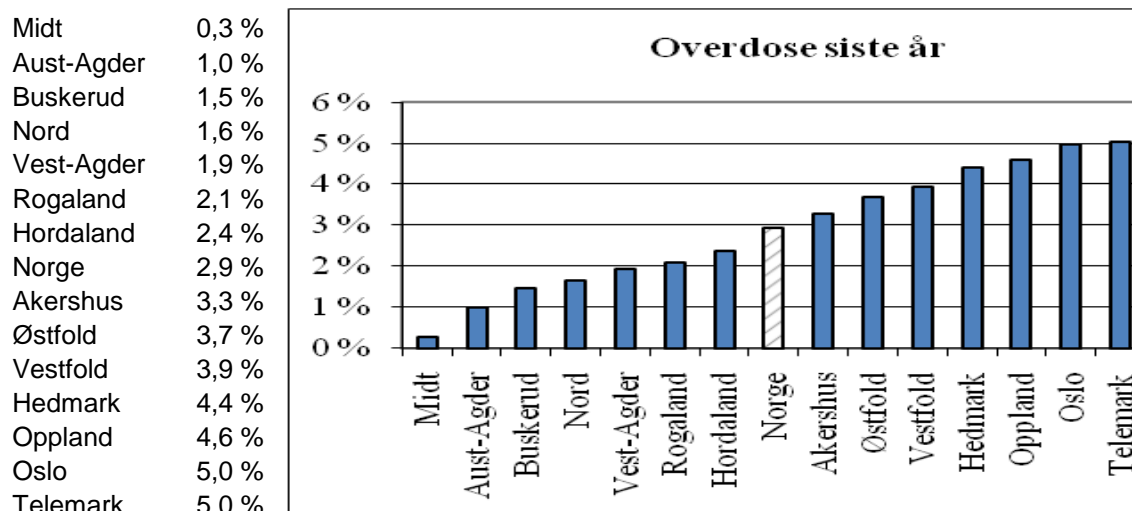


Figur 40 viser funnene. Usikkerheten er litt lavere enn i 2007. Vi ser at vel 11 % har hatt en kriminalitetsaktivitet som har minst ført til pågripelse. Igjen kommer LAR Midt best. På dette området rapporterer LAR Vest-Agder rapporterer om vesentlig høyere andel enn de andre, og Telemark ligger også høyt. Andelen i Vest-Agder er så vidt høy at dette bør undersøkes nærmere, spesielt fordi funnet var det samme i 2007. Spørsmålet er om det foreligger en registreringsartefakt. Alternativt kan noe av forklaringen kan ligge i ulik etterforskningseffektivitet – eller i reelt sett ulik grad av kriminalitetsaktivitet.



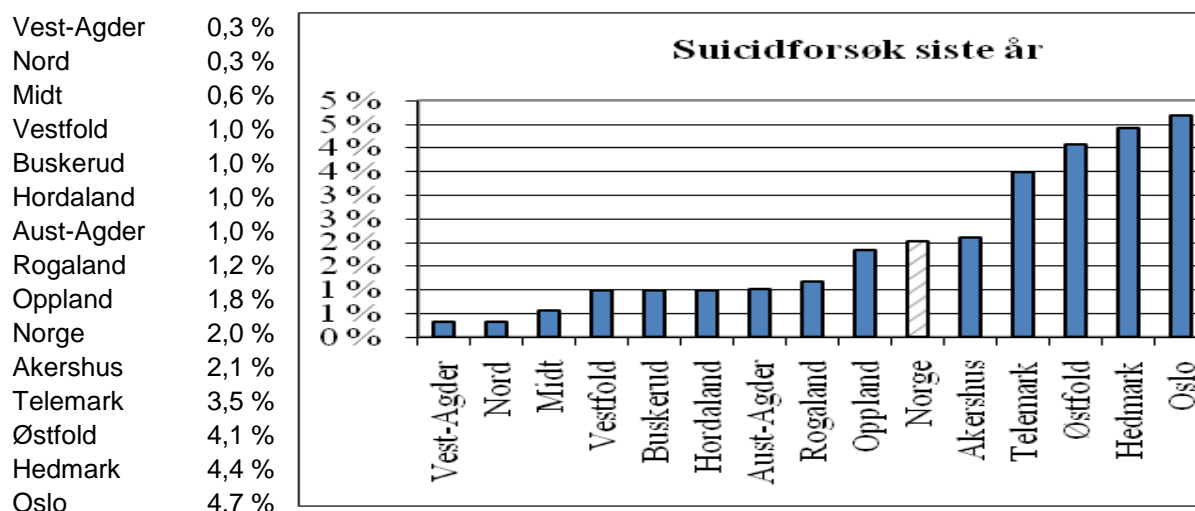
## Overdoser og selvmordsforsøk

**Figur 41. Andel rapportert med overdose. (Landsandel ukjent = 5,6 %)**



Inntak av så store mengder av et rusmiddel at det oppstår en farlig forgiftning kan være uttrykk for liten livslyst og selvforakt. Noen av overdoseringene er også i realiteten selvmordsforsøk men veiledningen til rapporteringen understreker at en skal forsøke å skille overdoser fra villete selvmordsforsøk. Figur 41 viser overdoseandelen. Andelen angitt usikker er den samme som i 2006 og forekomsten av overdosetilfeller temmelig nær den samme. Det er altså en andel på omtrent 3 % som har hatt en livstruende forgiftning. Vi ser at forekomsten varierer fra 0,3 % til 5 % med Midt-Norge i den gunstige enden og Øst-Norgefylkene samt Telemark i den andre. Vestfold ligger også nokså høyt. Det er en del endringer fra 2007, og siden ett tilfelle kan gi store utslag i små og middelsstore sentre, bør en være forsiktig med trekke konklusjoner – bortsett fra at Midt-Norge systematisk gjennom flere år har rapportert lav forekomst.

**Figur 42. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år. (Landsandel ukjent = 5,6 %)**



Figur 42 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet er nesten helt uendret fra siste år. Mønsteret her er litt annerledes i det noen sentre ligger svært lavt



slik som Vest-Agder og sentrene i Midt- og Nord-Norge. Andre slik som Oslo, Hedmark og Østfold ligger vesentlig høyere. Det er i stor grad men ikke bare, de samme sentrene som ligger høyt og lavt. Dette kan enten avspeile at pasientgrunnet er større preg av ustabilitet og depressive pasienter eller at det er reelle forskjeller i oppfølging og omsorg for den enkelte.

### ***Bruk av rusmidler siste år***

Undersøkelsen har også et spørsmål om hvorledes pasienten har forholdt seg til bruk av rusmidler, herunder også alkohol til beruselse, hele året fra årsskiftet. Svaralternativer og fordeling i regionene fremgår av figur 43. Svaralternativene er: Ikke bruk, noe bruk, periodisk bruk men ikke hele tiden og regelmessig bruk.

Undersøkelse av svarmønsteret peker mot at kategoriene brukes så vidt ulikt. Det er dessuten noen tilfeller hvor sentre angir høyere andel uten bruk hele året enn det angis siste 4 uker. Ett senter som skriver ut pasienter som ikke responderer godt nok på rusmiddelrådgivning, vil dessuten være uten eller nesten uten pasienter med vedvarende rusmiddelbruk. Det er dessuten tvilsomt om tilfeldige episoder av rusmiddelbruk er kjent av behandlerne, spesielt der hvor det er sjeldne urinkontroller.

Prosentfordelingen vil likevel kunne sees i vedlegget. På landsbasis finner en da at noe over halvparten 52,2 % (2006: 67,9 %) har vært uten eller bare hatt ubetydelig bruk av rusmidler. Noe under 4 av 10 har hatt lengre bruksperioder eller vedvarende bruk. Dette er noe svakere resultater enn i 2005. Mønsteret svarer ellers til det som går igjen i undersøkelsen. LAR Midt kommer svært høyt med 95,0 % i den gode kategorien mens et senter som LAR Oslo er nede i 33,7 % og mange av sentrene i Østlandsregionen ligger på 40-tallet liksom LAR Hordaland.

## **FORNØYDHETSMÅLINGER**

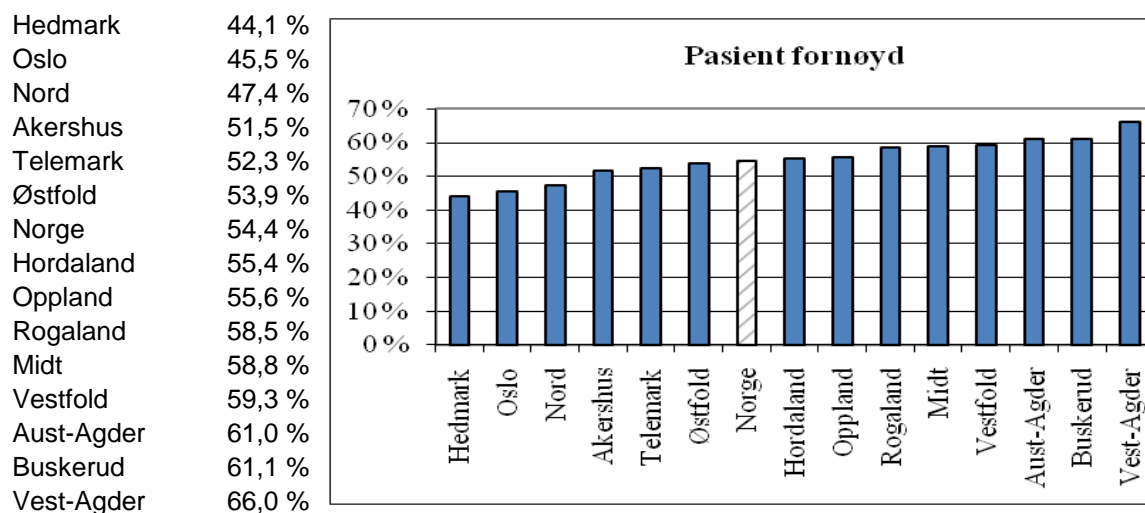
### ***Pasientens vurderinger***

To spørsmål sikter mot utsagn om fornøydhet med behandlingen. Spørsmålene er først og fremst tenkt som informasjon til hvert LAR-senter, altså som instrument til kvalitetssikring. Stor grad av misnøye signaliserer behov for vurdering og eventuelt endring av behandlingsopplegget. Figur 45 viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt uten at pasienten nødvendigvis er spurt. Dette må tas med i vurdering av svarene. Svarmulighetene er fornøyd/vellykket, både-og og misnøyd/ikke vellykket. Landsandelen ukjent er noe lavere enn 2007.

Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 55,4 %, omtrent den samme som i 2006 (54,7 %) og 2007 (55,3 %). 28,2 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og 6,3 % som direkte misfornøyd. I forhold til fornøydhetsmålinger i helsevesenet ellers, viser dette mer kritisk holdning enn det er vanlig selv om andelen misnøyd ikke er spesielt høy. Fordelingen av svarene slik det fremgår av figur 37 viser at sentrene oppnår omtrent samme andel fornøyde. Noen

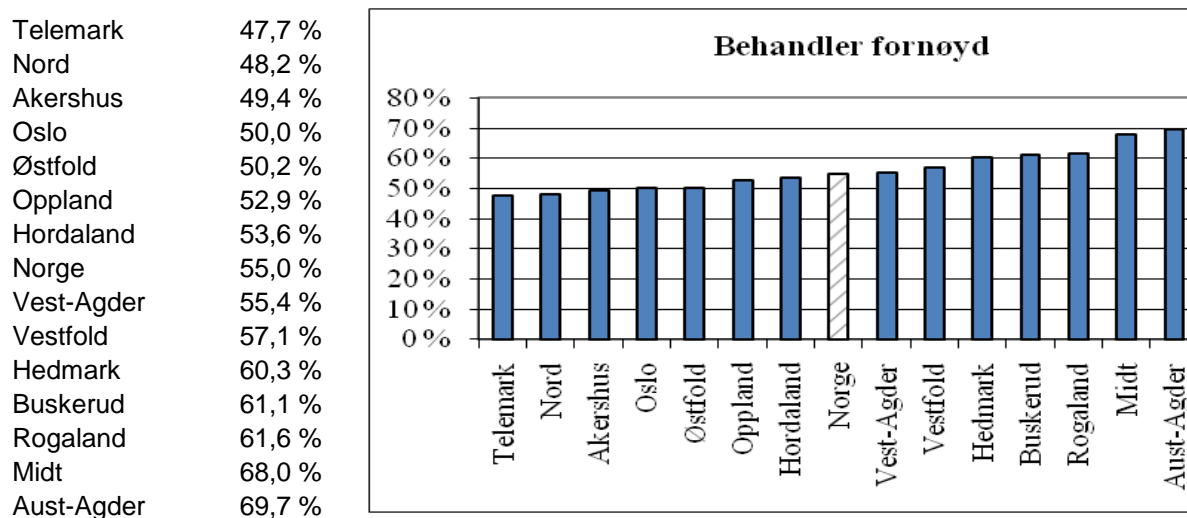
ligger litt over gjennomsnittet på ca 60 % og noen litt under omtrent på 50 %. Agderfylkene, Buskerud og LAR Midt angir noe mer fornøyde pasienter.

**Figur 45. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget. (Landsgjennomsnitt ukjent = 11,9 %)**



## **Behandlers vurdering**

**Figur 46. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. Landsandel ukjent = 4,2 %.**



Figur 46 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-sentre eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. Andelen ukjent er som en kunne vente lav, noe ned fra 2007. Vi ser at landsgjennomsnittet fornøydhet hos behandlerne er på samme nivå som den som er

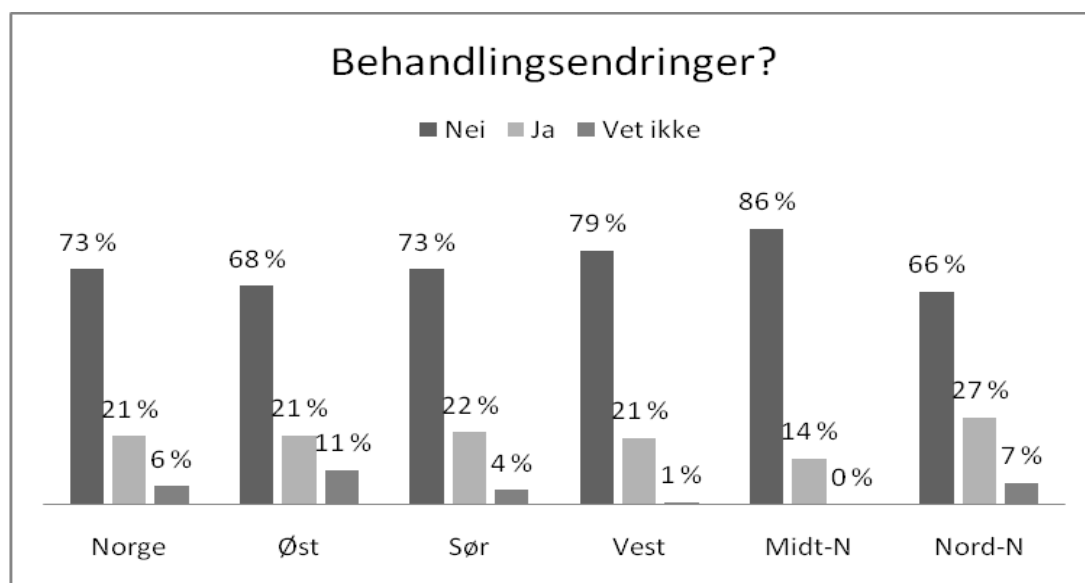
angitt for pasientene. En mulig forklaring er at svarerne ikke skiller mellom egen og pasientenes fornøydhets.

Hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom sentrene, mindre enn i 2006. LAR i Nord var preget av driftsvansker men angir nå fornøydhets på linje med gjennomsnittet. LAR Oslo og LAR Hordaland beskriver noe lavere fornøydhets mens, Aust-Agder og Midt-Norge er mest fornøyd. Det siste senteret beskriver at man er fornøyd med behandlingen for 7 av 10 pasienter som i 2007.

## Endringsbehov

Det siste spørsmålet i statusundersøkelsen skal hente ut en vurdering av behov for endringer. Spørsmålet er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. Ja-svar skal føre til at behandlingen evalueres. Andelen ukjent er denne gangen 5,5 %, noe lavere enn i 2007 (8,7 %)

**Figur 47 Er det behov for endringer i behandlingen. Utfyllers vurdering. Regionale oversikter**



I gjennomsnitt anbefales vurdering av endringer for 21,3, omtrent som i 2006 (21,6 %) og i 2007 (22,4 %) Regionalt finner vi variasjon fra endringsanbefaling helt nede i 14 % i Midt-Norge til høyest på 27 % i Nord-Norge. Lavest andel med anbefaling om endringer finner vi i LAR Aust-Agder med 9,1 % og høyest i Østfold (32 %) og i Vestfold (28,9 %) uten at det er lett å se noen spesielle grunner til dette mønsteret. I hovedsak er det relativt lite forskjell mellom sentrene.

## **FORSKNING**

### ***LAR-evaluering v/Helge Waal***

LAR har fra starten av vært fulgt med kritisk oppmerksomhet og de siste 5 årene med regelmessige statusundersøkelser slik den som er presentert i denne rapporten. Det er også gjennomført forskning nært relatert til LAR.

Waal H. Merits and problems in high-threshold methadone maintenance treatment. Evaluation of medication-assisted rehabilitation in Norway 1998-2004. Eur Addict Res 2007;13(2):66-73

### ***Holdninger til og kunnskap om legemiddel assistert rehabilitering (LAR) blant LAR-ansatte - en tverrsnittsundersøkelse v/Linn Gjersing***

**Introduksjon:** Holdninger til legemiddelassistert behandling har i tidligere studier blitt assosiert med ulik behandlingspraksis og utfall (1). I 2004 ble LAR evaluert. Det ble funnet store variasjoner i behandlingspraksis og utfall mellom de ulike regionale sentrene. Det kan være mange årsaker til ulikhetene i LAR. Ulik organisering og bemanning kan være en medvirkende årsak til ulikhetene. En annen medvirkende årsak kan være holdninger og behandlingsfilosofi. Holdninger til LAR har aldri vært undersøkt i Norge. Denne studien ønsket derfor å undersøke holdninger til og kunnskap om LAR blant LAR ansatte. Formålet med studien var å 1) beskrive holdninger til og kunnskap om LAR blant LAR ansatte, 2) undersøke om det var forskjeller i holdninger og kunnskap mellom ulike regionale sentrene, yrkesgrupper og andre demografiske variabler og 3) sammenligne holdninger til LAR med behandling og behandlingsutfall.

**Metode:** En multisenter tverrsnittsundersøkelse av LAR-ansatte ble gjennomført høsten 2007. Et instrument som målte ansattes holdninger til og kunnskap om LAR ble brukt. "Statusundersøkelsen fra 2007" ble brukt som grunnlag for å identifisere senter karakteristikk og behandlingsutfall.

#### **Resultat**

LAR-sentrene ble delt inn i høy- og lavterskel sentre. Høyterskelsentrene hadde mer kontroll av pasientene og mindre rusbruk. Høyterskelsentrene hadde også flere pasienter som kunne karakteriseres som rehabilitert. Høyterskelsentrene hadde en noe høyere frafallsrate enn lavterskelsentrene, men forskjellen var minimal.

#### **Diskusjon/konklusjon**

Denne studien indikerer at det er en sammenheng mellom holdninger og behandlingspraksis i LAR. Både positive holdninger til høyterskel og til lavterskel har implikasjoner for behandlingen. Dette betyr at om behandlingspraksis skal endres og bli mer uniform, må LAR først og fremst få retningslinjer som tydeliggjør hvilken modell LAR i Norge skal være

basert på. Inntil da, vil behandlingspraksis fortsatt være avhengig av hvem som behandler pasienten.

Gjersing LR, Butler T, Caplehorn JR, Belcher JM, Matthews R. Attitudes and beliefs towards methadone maintenance treatment among Australian prison health staff. *Drug Alcohol Rev* 2007 Sep;26(5):501-8.

### ***Naltrekson implantat som tilbakefallsreduksjon etter behandling v/Nikolaj Kunøe***

Ved Senter for Rus- og Avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo ønsket vi å undersøke om innopererte kapsler med virkestoffet naltrekson kunne redusere heroinbruk hos heroinavhengige etter gjennomført avrusing eller langtidsbehandling. I motsetning til metadon og buprenorfin har naltrekson kun blokkerende virkning på opiatreseptorene, slik at heroin og andre morfinstoffer ikke slipper til. Etter at kapsler med naltrekson er innoperert under lokalbedøvelse, varer utskillingen av naltrekson i mellom fem og seks måneder.

Dette forsøket rekrutterte 56 heroinavhengige som ønsket å bli heroinfrie uten bruk av metadon eller subutex(R) kort- og langtidsinstitusjoner i hele Helse Sør-Øst i samarbeid med Avdeling for Rus- og Avhengighetsforskning, Sykehuset Sørlandet Kristiansand. Etter en åpen, tilfeldig fordeling fikk halvparten innoperert naltreksonkapsler. Alle som deltok beholdt sin vanlige oppfølging i behandlingsapparatet mens forsøket pågikk. Forsøket var godkjent av REK og finansiert via bevilgninger fra Helse Sør-Øst og Norges Forskningsråd via SERAF.

Etter 6 måneder hadde over dobbelt så mange i naltreksongruppen som i kontrollgruppen klart å la være å bruke heroin, og hadde mer enn halvert heroinbruken. I kontrollgruppen falt flertallet tilbake til daglig heroinbruk. Deltakerne anga tilfredsheten med kapslene som god (85 på en skala fra 0-100).

Forsøket viser at naltreksonimplantat kan brukes i en vanlig norsk behandlingssammenheng, og kan være et verdifullt verktøy i å redusere heroinbruk på linje med allerede eksisterende tilbud.

Kunoe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, et al. Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2009 Jun;194(6):541-6.

### ***Naltrekson implantat som behandling for heroinavhengighet etter løslatelse fra fengsel v/Philipp Lobmaier***

Heroinavhengighet fører ofte til vinningskriminalitet og fengsling. Behandlingstilbudet i fengsel er ikke tilstrekkelig. Tilbakefall til heroin skjer vanligvis raskt etter løslatelse, og faren for å dø av overdose er stor. Fengselsinnsatte har anledning til å søke LAR. For de som har oppnådd avholdenhet under soningen vil ny opiatavhengighet imidlertid ikke alltid være ønskelig. Naltrekson er en opiatantagonist som blokkerer for heroineffekt uten å gi ny avhengighet. Implantatformen har vist seg effektiv i å forebygge tilbakefall til heroin.

Denne studien tar sikte på å sammenligne behandlingsverdien av naltrekson implantat med metadon i LAR etter løslatelse fra fengsel. Innsatte fra 5 fengsler ble tilfeldig og fortløpende fordelt til 2 grupper som fikk behandling med:

1. Naltrekson implantat i samarbeid med sosialtjenesten.
2. Metadon etter innvilget LAR søknad.

Behandlingen startet før løslatelse og ble evaluert etter 6 måneder. Da sto alle deltakerne fritt til å bytte grupper.

46 innsatte meldte seg frivillig og fylte inklusjonskriteriene. I metadongruppen startet 11 av 22 behandlingen som planlagt. I naltreksongruppen fikk 16 av 24 et implantat før løslatelse. 6 måneder etter løslatelse var kun 5 av 11 fortsatt i LAR og møtte til oppfølging, mens 13 av 16 med implantat møtte. Heroinbruk var signifikant redusert i begge gruppene. Ny kriminalitet og illegalt bruk av benzodiazepiner var redusert, men ble fortsatt hyppig rapportert.

Siden gruppene er små bør resultatene tolkes med forsiktighet. Stort frafall i metadongruppen før oppstart gir grunn til bekymring og resultatene tyder på at LAR under soningen bør være lettere tilgjengelig. De som greide å forbli i LAR hadde god nytte av tilbudet. Naltrekson implantat behandlingen førte til signifikant redusert heroinbruk og deltakerne vurderte den som et verdifullt alternativ. Naltrekson implantatbehandling bør derfor evalueres videre i fengselssettingen.

Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006140.

### ***Klinikk Motivasjon – et lavterskeltiltak basert på forskrivning av Subutex, V Linn Gjersing.***

Klinikk Motivasjon var et prosjekt med hovedformål om å gi tilbud om behandling til heroinbrukere som, av ulike årsaker, ikke fikk behandling gjennom det ordinære tiltaksapparatet. Målet med prosjektet var å tilby stabilisering med buprenorfin i en begrenset periode, uten omfattende søknadsprosedyrer og funksjonskrav. I løpet av behandlingstiden skulle pasientene motiveres til å søke behandling i det ordinære behandlingsapparatet. Behandlingen var bygget opp i faser á tre ganger tre måneder med bakgrunn i retningslinjene for forskrivning av avhengighetsskapende legemidler.

Prosjektet ble etablert høsten 2006 og avsluttet våren 2009. Klinikk Motivasjon hadde inntaksstopp for nye pasienter fra og med august 2008. Ved prosjektstart bestod Klinikk Motivasjon av to ulike typer tilbud; en poliklinikk og en sengeavdeling. Sengeavdelingen ble lagt ned 1. januar 2008 fordi den ikke fungerte slik intensjon var da den ble opprettet. Klinikk Motivasjon ble samtidig samlokalisert i nye lokaler.

I løpet av ett år søkte 161 personer om behandling i Klinikk Motivasjon. 68 % kom fra lavterskeltiltak eller fra pasienten selv. Hoveddelen av søknadene ble behandlet innen fjorten dager. Målsettingen om enkel tilgjengelighet ble oppfylt. 119 pasienter fikk tilbud om behandling i Klinikk Motivasjon. 95 av disse møtte til medikamentutdeling en eller flere ganger. Den typiske pasient var en mann på 38 år med nesten 20 års heroinmisbruk, uten inntekt, ofte uten fast bolig, 1/3 med tidligere mislykket behandling i LAR, omfattende helseproblemer og negative erfaringer fra tiltaksapparatet.

Av 95 som kom til behandling ble 22 direkte videreført til annen behandling, majoriteten til LAR. Ytterligere 31 søkte annen behandling etter å ha sluttet å møte hos Klinikk Motivasjon. Dette kan tolkes som at Klinikk Motivasjon hadde økt motivasjonen og evnen til å komme i behandling også for mange av de som sluttet å møte hos Klinikk Motivasjon.

Prosjektet anbefales videreført med noen modifikasjoner. Den korte søknadsprosessen og muligheten til å begynne i behandling flere ganger bør videreføres. Ingen kontroll av rusbruk anbefales også videreført. Om pasienter som får en høyere dosering enn 16 mg skal kontrolleres, bør det ikke være en forventning om rusfrihet fra annet enn heroin. Muligheten for å få doble og triple doser bør opprettholdes. Buprenorfin anbefales videreført som medikament. Dette på grunn av den reduserte overdoserisikoen sammenlignet med metadon. I et fremtidig behandlingstilbud anbefales det at medikamentutdeling forlenges, og varer mer enn to timer. Det vil også være viktig å følge opp pasienter som faller ut av behandling. Det vil også være anbefalt å forlenge begrensningen for hvor lenge en pasient uteblir fra behandling før de regnes som avsluttet. I tillegg bør pasienten ha mulighet til behandling på ubestemt tid, men det må være et system som er klar til å hjelpe pasienten videre når han eller hun ønsker det. Å integrere medikamentutdelingen, med andre helse- og sosialtjenester virker naturlig.

Et fremtidig tilbud bør etablere et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten kan overføres rett inn i LAR uten avrusning. Kompetansen og ansvarsforholdene vil ligge innenfor både spesialisthelsetjenesten og kommunenes. Dersom dette blir kommunale oppgaver vil denne målgruppen kunne belaste kommuner med dårlig økonomi. Dette gjelder særlig de kommuner som har populasjoner med betydelige sosiale vansker. Etter en samlet vurdering anbefales det at et tilbud forankres i kommunehelsetjenesten med statlig finansiering tilknyttet omfattende sosiale tjenester.

Gjersing L, Claussen T, Waal H. Klinikk Motivasjon. Rapport til Rusmiddelstaten.

### ***Somatisk sykkelighet hos opioidavhengige før, under og etter legemiddelassistert rehabilitering v/Ivar Skeie***

Studier fra ulike land viser at personer som er avhengige av morfin-stoffer (opioider) har betydelig økt dødelighet i forhold til gjennomsnittsbefolkningen og at substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin (Subutex/Subuxone) reduserer dødeligheten. Alvorlig somatisk sykkelighet hos opioidavhengige innenfor og utenfor substitusjonsbehandling er imidlertid lite studert i Norge og internasjonalt. I denne studien vil vi undersøke om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) også reduserer alvorlig sykdom.

Vel 70 % av nåværende og tidligere LAR-pasienter i Oppland og deler av Hedmark har sagt ja til å delta i studien. Gjennom intervju og gjennomgang av journaler fra sykehus registreres sykdomshendelser i en periode fem år før LAR, de første fem år i LAR og eventuelt de første fem år mellom LAR-perioder eller etter avsluttet behandling. Det skilles mellom hendelser som skyldes rusmiddelbruk og andre hendelser. Vi undersøker hvorvidt omfanget av alvorlige sykdomshendelser som fører til behandling i sykehus reduseres når pasientene får behandling med metadon eller

buprenorfin. Videre vil vi se på om en eventuell helsegevinst bare finnes hos pasienter som er rusfrie i LAR-perioden, eller også hos dem med mangelfull rusmestring.

En pilotundersøkelse fra Gjøvik i 2005/2006 publisert i 2008 viste en reduksjon i forekomsten (incidensen) av akutte sykdomsepisoder dokumentert hos allmennleger, legevakter, sykehus og poliklinikker på 35 %. Reduksjonen av stoffrelaterte hendelser var 62 % og av injiseringsrelaterte episoder 70 %, disse funnene var statistisk signifikante. Det var en ikke-signifikant reduksjon på 44 % i ikke-dødelige overdoser. Liggedager og polikliniske kontakter i sykehus ble redusert med henholdsvis 76 og 46 %. Av de hendelsene som ble vurdert som betydelige/alvorlige var mellom 80 og 85 % registrert i sykehus både før og under LAR. Dette har medført at vi i den pågående studien bare tar med hendelser registrert i sykehus.

Rekruttering og intervju av deltakerne er nå gjennomført, og datainnsamlingen forventes å være ferdig i løpet av 2009.

Skeie I, Brekke M, Lindbaek M, Waal H. Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. BMC Public Health 2008;8:43.

### ***Traumatisering, posttraumatisk stresslidelse og opiatavhengighet v/Ragnhild Kjølrsrud***

Psykologiske traumer og symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) beskrives ofte av pasienter som strever med rusmiddelmissbruk og avhengighet, og det er viktig å ta hensyn til dette ved forebygging og behandling av avhengighet. Det er rapportert 11 ganger så høy forekomst av PTSD hos pasienter med misbruksproblemer eller avhengighet (gjelder særlig opiater og kokain) sammenlignet med voksne som ikke har slike problemer.

PTSD gir ikke en tilstrekkelig beskrivelse av de symptomer som er vanlig å se etter mer alvorlige og langvarige traumer, som dissosiative og somatiske symptomer. Traumerelaterte lidelser kan deles inn i PTSD, kompleks PTSD og dissosiative lidelser.

Hensikten med studien er å undersøke et utvalg av opiatavhengige pasienter i forhold til ulike traumatiske hendelser og stressreaksjoner etter slike hendelser. Målsetning med prosjektet er bedre kunnskap og forståelse, for med det å bidra til å rette fokus mot mer tilrettelagt behandling.

Denne studien har som mål å kartlegge forekomst av traumatiske hendelser hos opiatavhengige pasienter som starter substitusjonsbehandling innen Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Vi undersøker hvor mange som har opplevd en eller flere traumatiske hendelser, hvilken type traumatisk hendelse og alder når det skjedde. Videre vil vi undersøke forekomst av PTSD, somatiske og dissosiative symptomer, samt forekomst av andre symptomlidelser. Vi kartlegger også bruk av ulike rusmidler for å se på sammenhengen mellom traumatisering, stressreaksjoner og bruk av rusmidler.



Prosjektet samarbeider med to andre prosjekt som undersøker overlevende etter Tsunamien og flykninger. Alle prosjektene rekrutterer et mindre utvalg pasienter til en studie av nevrokognitive og biologiske markører.

### ***Helseprosjektet ved SERAF v/Katinka Anchersen***

I vårt helseprosjekt ved SERAF har vi gransket forekomsten av lang QT tid hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Oslo. Dette ble gjort ved en tverrsnittsundersøkelse av LAR pasienter i Oslo. Ved hjelp av et mobilt elektrokardiografi (EKG) apparat donert fra hjertepoliklinikken på Oslo universitetssykehus Aker, kunne vi dra rundt og ta EKG av 200 LAR pasienter på ulike apotek og væresteder i byen. Disse ble så tolket blindt av Viggo Hansteen, professor i kardiologi.

Hovedfunn fra denne studien var at 4.6 % (n=8) av metadon pasientene hadde en korrigeret QT (QTc) tid over den normal antatte risikoterskelen på 500 msek for hjertearytmi og i verste fall hjertestans. Det ble også påvist en dose-respons assosiasjon mellom metadon og lengden på QTc intervallet. Det var ingen av buprenorfin pasientene som hadde forlenget QTc tid.

Videre undersøkte vi hvorvidt dødsfall i det norske LAR programmet kunne knyttes til forlenget QTc tid og hjertearytmi. Dette ble gjort ved å krysse det norske LAR registeret for perioden 1998-2003 med det norske dødsårsaksregisteret. Alle dødsfall der obduksjon forelå og/eller annen årsak ikke relatert til hjertearytmi, ble ekskludert. Vi fant at den maksimalt tilskrivbare mortaliteten i LAR grunnet QTc forlengelse og hjertearytmi var svært lav: 0.06 per 100 personår i LAR.

For tiden jobber vi med et studie som tilbyr pasienter med forlenget QTc tid over 500 msek profesjonell kardiologisk utredning og håndtering. Dette inkluderer testing for medfødte mutasjoner som gir opphav til langt QT syndrom, da nyere forskning har vist at forekomsten av disse mutasjonene kan ligge rundt 1/100 – 1 /300 i Norge. I helseprosjektet har vi også foretatt bentetthetsundersøkelser av pasienter som kommer inn i LAR, samt målinger av vitamin D status og andre benregulerende faktorer. Prøvene har blitt gjentatt etter 1 år i LAR. Disse resultatene er foreløpig under bearbeiding.

Anchersen K, Clausen T, Gossop M, Hansteen V, Waal H. Prevalence and clinical relevance of corrected QT interval prolongation during methadone and buprenorphine treatment: a mortality assessment study. *Addiction* 2009 ;104(6):993-9.

### ***Mortalitetsstudien ved SERAF v/Thomas Clausen***

#### Bakgrunn

Det faktum at LAR i Norge er et nasjonalt program med felles retningslinjer sammenholdt med at kvaliteten på offentlige registre (Dødsårsaksregisteret) er gode, har muliggjort Kryssregisterstudier ved SERAF.

#### Målsetting

Å undersøke dødeligheten før, under og etter LAR i Norge. Å studere variasjoner i dødelighet for menn og kvinner samt ulike aldersgrupper i LAR.

### Metode

Alle pasienter som noen gang har søkt LAR behandling/ og eller kommet i behandling i perioden 1997-2003 er med i LAR-pasientfilen. Første søknadsdato for LAR ble satt som inklusjonsdato. Datoer for søknad, behandlingstart og eventuelle behandlingsavbrudd ble brukt til å definere pasientfilen inn i tre grupper; ”Søkere”, ”I behandling” og ”Etter behandling”. I 2005 ble pasientfilen koblet med data fra Dødsårsaksregisteret i SSB. Data for; dødsdato, primære dødsårsak og inntil fire underliggende dødsårsaker ble koblet sammen med pasientdataene.

### Funn

Dødeligheten alle dødsårsaker samlet varierte fra 2,4 per 100 personår i søkertiden, til 1,4 per 100 personår i LAR-behandling til 3,5 per 100 personår for de som har avbrutt LAR behandling.

Risikoen for å dø av overdose er redusert til 1/5 i LAR-behandling sammenlignet med risikoen på ventelisten.

Det er liten forskjell i dødelighet og dødsårsaksmønster mellom menn og kvinner.

Unge LAR-søkere (under 35år) har den høyeste risikoen for overdose mens de er på ventelisten, sammenlignet med eldre søkere. Eldre tidligere LAR-pasienter (50+) har den høyeste risikoen for å dø av overdose etter at LAR behandlingen er avsluttet sammenlignet med yngre som avbryter behandlingen.

Det er en høy dødelighet av somatiske årsaker blant pasienter i LAR behandling.

### Betydning av funnene

Dødeligheten i en populasjon av opioidavhengige er høy i Norge, men denne dødeligheten reduseres betydelig for de pasientene som er i LAR-behandling. Det er i all hovedsak overdoserisikoen som reduseres. Det vurderes som vesentlig å redusere tiden på venteliste og å tilby muligheten for nye behandlingsforsøk for pasienter som faller ut av LAR-behandlingen for å redusere overdose risikoen i målgruppen. Unge LAR søkere ser ut til å ha en minst like stor nytte av å få komme i LAR-behandling som eldre søkere. Det er viktig å tilby utredning og samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste omkring LAR- pasientens somatisk helseplager.

Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction* 2009

Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):151-7.

## ***Kriminalitet i LAR: Et SERAF forskningsprosjekt***

### Bakgrunn

Reduksjon i kriminalitet (på individ- og samfunnsnivå) er et viktig skadereduksjonsmål for nytten av vedlikeholdsbehandling ved heroinavhengighet. I 1998 ble Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) en nasjonalt tilgjengelig behandling for heroin avhengighet i Norge. LAR-behandlingsmodellen har sterk føring for fokus på rehabilitering som integrert del av behandlingen og det kan derfor være andre sammenhenger mellom LAR og kriminalitet i Norge enn i andre land vi ellers sammenligner oss med. Det er viktig å få mer kunnskap om relasjonen mellom LAR og kriminalitet i Norge.

Studien ”Kriminalitet i LAR”, ved SERAF, er et prosjekt bestående av 3 del-studier og involverer 2 PhD kandidater og benytter tverrfaglige og multidimensjonale metoder. Prosjektet er finansiert gjennom Oslo Universitetssykehus (Aker Sykehus og LAR-Øst) og via en bevilgning fra Norges forskningsråd (NFR).

### Metoder

#### 1) Kryssregisterstudie

Del-studie som er basert på et nasjonalt pasientregister over alle som noen gang har søkt til og begynt i LAR i Norge for perioden 1998-2003. Prosjektet benyttet en kryssregisterstrategi der et nasjonalt personnummerbasert pasientregister for LAR-pasienter (1998-2003) er koblet med straffesaksregisteret i SSB. Ved utgangen av 2003 var det 2382 pasienter i behandling. Den koblede filen inneholder mer enn 100.000 straffesaker, knyttet til de inkluderte LAR-pasientene. Filene inkluderer straffesaker der et kriminelt forhold er knyttet til en gjerningsperson og ble koblet og analyseklare i 2008. Et første manuskript ”Patterns of criminal activity in opiate dependants in Norway” basert på kryssregisterdata er påbegynt. Flere artikler er planlagt fra dette materialet.

#### 2) Selvrapporteringsstudie

Del-studie som er planlagt gjennomført som en tverrsnittsstudie med standardiserte intervjuer (selvrapportering) på et tilfeldig utvalg pasienter i LAR-behandling. Studien skal fokusere på frekvens og type kriminalitet som begås, i tillegg til rollen som offer for kriminelle handlinger blant LAR-pasienter. Illegal distribusjon og bruk av LAR-medikamentene skal også undersøkes. Denne studien forventes å gi et bredere bilde av kriminell aktivitet enn hva kryssregisterstudien gjør og inkluderer kriminelle forhold som ikke er blitt en del av politiets og SSBs registreringer. Denne studien er planlagt å inkludere til sammen 400 deltagere fra 3 regioner i Norge (LAR-Øst, LAR-Hordaland og LAR Midt). Spørreskjema og planer for gjennomføringen er tilrettelagt og oppstart av studien forventes høsten 2009. NFR-stipendiaten vil ha primæransvar for denne del-studien.

#### 3) Kvalitativ studie

Del-studie som fokuserer på kriminalitet blant LAR-pasienter som fortsetter kriminell adferd i LAR slik at de kommer i politiets varetekt. Ca 15 innsatte LAR pasienter inkluderes og det gjennomføres en serie med intervjuer for hver inkluderte deltager. Pasienter inkluderes fra Oslo Kretsfengsel og Bredtveit kvinnefengsel. Fokus i studien er opplevelsen av årsaker og motivasjon for fortsatt kriminalitet i LAR, i tillegg til beskrivelse av typer av kriminalitet som begås. Relasjonen mellom LAR-behandlingen og kriminaliteten diskuteres og i tillegg er det fokus på bruk og distribusjon av illegalt LAR-medikament og psykisk helse. Datainnsamlingen avsluttes våren 2009. Denne delstudien gjennomføres av stipendiat Ingrid Havnes (Psykiater LAR-Øst og stipendiat ved SERAF).

### Foreløpige funn

Før LAR-behandling utførte de inkluderte pasientene i pasientregisteret mer enn 3 lovbrudd i året i gjennomsnitt, men det var stor variasjon og en andel var uten registrerte lovbrudd. LAR-behandling reduserer volum av kriminalitet i betydelig grad i den perioden pasientene er i behandlingen.

### Muligheter og utfordringer i prosjektet

Dette prosjektet kombinerer flere metoder for å belyse temaet kriminalitet i LAR i Norge. På denne måten vil vi til sammen få en best mulig oversikt over og innsikt i

problemstillingen. De to stipendiatene i prosjektet vil trekke veksler på hverandres arbeid og erfaring og vil samarbeide om deler av prosjektet.

Kontaktinfo: [thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)

## ***Graviditet og LAR: En nasjonal studie av mødre i LAR-behandling v Monica Sarfi, Gabrielle Welle-Strand, Annika Melinder og Edle Ravndal***

### Bakgrunn

Hvert år blir mellom 20 og 30 kvinner i LAR gravide. Over halvparten av de nyfødte får behandlingstrengende abstinenser (NAS) som krever tett oppfølging av helsepersonell. Det er stor mangel på longitudinelle studier utover ett år som ser på barnas psykososiale og kognitive utvikling i samspill med mor. En vet også lite om hvordan LAR-mødrene og barna blir fulgt opp av helsevesnet, og hvordan barna utvikler seg på sikt. Kunnskapsgrunnlaget om disse temaene er begrenset, og internasjonale studier lar seg ikke alltid overføre til norske forhold. På denne bakgrunn har SERAF startet opp et større nasjonalt forskningsprosjekt som omfatter nesten alle gravide kvinner og deres barn i LAR i perioden 1996-2008 (rundt 180). Prosjektet består av 4 delundersøkelser og er et samarbeidsprosjekt mellom SERAF og EKUP, Psykologisk institutt, UiO. Finansieringen kommer i hovedsak fra Aker Universitetes sykehus og en større bevilgning fra Norges Forskingråd (3 PhD kandidater).

### Prosjektorganisering

Prosjektet består av følgende delundersøkelser med felles prosjektledelse og samarbeid mellom stipendiater og veiledere:

- 1) Nasjonal oppfølging av alle gravide kvinner og deres barn i LAR (1996-2008).**  
Målsetting: følge barn/foreldre både retroprospektivt og prospektivt i forhold til utvikling av NAS, type støtte/oppfølging av barn og deres familie, barnas fysiske og psykososiale utvikling. Data er til nå innsamlet for rundt 117 kvinner/barn samt samtykke til å delta i en oppfølgingsundersøkelse (stipendiat Gabrielle Welle-Strand, SERAF).
- 2) En nasjonal kohort med med LAR-mødre og deres barn født i 2005 og 2006 (n=38).**  
Målsetting: kartlegging av kjennetegn ved alle LAR- mødre som i løpet av en 2-årsperiode fødte barn i LAR, samt å beskrive fødselsutfallet for barna (avsluttet studie ved tidligere masterstudent Brittelise Bakstad). Forløpet av demografiske data, rusmiddelbruk og psykisk helse vil bli vektlagt i nye analyser. En sammenligningsgruppe av ikke opiatbrukende mødre og deres barn inngår også i studien (stipendiat Ingunn Olea Lund; SERAF )
- 3) En nasjonal kohort med med LAR-mødre og deres barn født i 2005 og 2006 (n=38).**  
Målsetting: undersøke utviklingspsykologiske prediktorer for senere problemfungering for barna i løpet av en 2-årsperiode (stipendiat Monica Sarfi, SERAF).
- 4) En nasjonal kohort med med LAR-mødre og deres barn født i 2005 og 2006 (n=38).**  
Målsetting: oppfølging av barna 4 år etter fødsel mht. barnas kognitive funksjoner sammenlignet med barn av ikke opiatbrukende mødre (stipendiat Carolien Konjynenberg, EKUP, Psykologisk inst)
- 5)

### Metoder

En rekke spørreskjema og instrumenter avendes i prosjektet:

- Spørreskjema utformet i samarbeid med eksperter på feltet for å kartlegge kjennetegn ved mor og relevante fødselsdata
- Opplysninger om diverse fødselsdata og NAS fra medisinske journaler

- Urinprøver
- Data fra Medisinsk fødselsregister
- EuropASI, Millon III, SCL-25 til mødre og fedre/samboere
- En rekke utviklingstester for å kartlegge ulik utvikling hos barnet, samt samspill mor og barn i løpet av barnets 2 første leveår
- Et omfattende testbatteri utviklet av EKUP for kartlegging av kognitive forstyrrelser hos LAR-barn og sammenligningsbarn

#### Foreløpige funn

Første del av undersøkelse 2 er allerede publisert . Her fant en at behandlingstrengende NAS oppsto hos 15 av 26 barn som var eksponert for metadon og for 8 av 12 barn som var eksponert for buprenorfin. Vi fant ingen sammenheng mellom dosering i svangerskap og forekomst og varighet av NAS hos den nyfødte. Gjennomsnittlig fødselsvekt var i denne studien ca 200 g høyere enn for lignende utenlandske studier til tross for høy dosering av LAR-medikament i svangerskap. Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E (her har du tittelen skrevet selv)

Bakstad B, Sarfi M, Welle-Strand GK, Ravndal E. Opioid Maintenance Treatment during Pregnancy: Occurrence and Severity of Neonatal Abstinence Syndrome. A National Prospective Study. Eur Addict Res 2009;15(3):128-34

# APPENDIX – TABELLARISKE OVERSIKTER -

## Norge og regionene

	Norge prosent	Øst prosent	Sør prosent	Vest prosent	Midt prosent	Nord prosent
<b>Antall svar</b>	4172	1496	1083	935	353	305
<b>Svarprosent</b>	77,5 %	62,6 %	85,1 %	86,7 %	100,3 %	104,8 %
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	30,2 %	32,4 %	28,0 %	29,6 %	29,5 %	29,2 %
Menn	69,8 %	67,6 %	72,0 %	70,4 %	70,5 %	70,8 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	40,75	41,97	40,38	39,69	40,08	40,19
<b>A. Aktuell situasjon</b>						
<b>A0. Aktuell situasjon</b>						
0. Ikke utskrevet	93,3 %	93,8 %	94,1 %	90,9 %	91,5 %	97,0 %
1. Eget ønske om avvenning	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %	0,8 %	0,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,6 %	2,5 %	1,0 %	1,5 %	1,7 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	2,4 %	0,8 %	1,6 %	5,5 %	4,8 %	1,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
10. Annet	1,4 %	1,5 %	2,0 %	0,8 %	0,8 %	1,3 %
<b>A1. Beskjeftigelse</b>						
a. Yrkesstatus						
0. Uten beskjeftigelse	75,2 %	81,3 %	76,5 %	73,7 %	53,5 %	70,4 %
1. Heltidsjobb	10,8 %	6,1 %	11,0 %	15,0 %	19,0 %	10,9 %
2. Deltidsjobb	7,1 %	5,1 %	6,6 %	6,3 %	18,7 %	7,9 %
3. Under utdanning	4,7 %	4,9 %	3,9 %	4,2 %	6,8 %	5,6 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1,0 %	0,7 %	1,4 %	0,5 %	1,4 %	2,3 %
9. Ukjent	1,1 %	1,9 %	0,6 %	0,2 %	0,6 %	3,0 %
b. Arbeidstrening/kurs						
0. Nei	86,2 %	86,4 %	87,0 %	87,8 %	82,7 %	81,9 %
1. Ja	12,5 %	11,1 %	12,8 %	12,1 %	17,0 %	14,5 %
9. Ukjent	1,2 %	2,5 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	3,6 %
c. Dagtilbud						
0. Nei	80,6 %	78,1 %	79,1 %	85,1 %	81,6 %	83,9 %
1. Ja	17,5 %	18,7 %	20,0 %	14,5 %	17,8 %	11,8 %
9. Ukjent	1,8 %	3,2 %	0,9 %	0,4 %	0,6 %	4,3 %
<b>A2. Viktigste inntekt</b>						
0. Forsørget av andre	0,2 %	0,1 %	0,6 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	10,6 %	6,2 %	11,5 %	13,9 %	17,8 %	10,9 %
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %

3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,7 %	0,6 %	1,2 %	0,4 %	0,8 %	0,0 %
5. Yrkesmessig atføring/ rehabiliteringspenger	27,9 %	21,2 %	25,7 %	33,7 %	35,7 %	41,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	42,2 %	46,7 %	46,5 %	34,8 %	37,4 %	33,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,7 %	1,1 %	0,4 %	1,0 %	0,3 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	15,0 %	21,2 %	12,2 %	14,0 %	7,1 %	6,6 %
10. Annet	1,0 %	1,4 %	0,7 %	0,5 %	0,6 %	2,3 %
9. Ukjent	1,2 %	1,1 %	0,8 %	1,0 %	0,3 %	4,6 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,4 %	2,0 %	1,2 %	1,0 %	0,0 %	2,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,4 %	3,6 %	1,4 %	2,1 %	0,3 %	3,9 %
2. Institusjon	6,4 %	10,1 %	4,1 %	3,2 %	8,8 %	3,6 %
3. Fengsel	1,1 %	1,2 %	1,6 %	0,7 %	0,0 %	2,0 %
4. Hos foreldre	3,3 %	2,9 %	4,8 %	3,1 %	2,0 %	3,0 %
5. Hos andre	2,1 %	3,3 %	1,7 %	1,6 %	0,6 %	0,7 %
6. Egen bolig	81,5 %	74,1 %	84,2 %	87,4 %	88,4 %	82,2 %
10. Annet	1,3 %	2,2 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	2,0 %
9. Ukjent	0,4 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %

### A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	91,4 %	86,0 %	94,8 %	94,6 %	99,2 %	86,8 %
1. Smittet	2,2 %	4,2 %	1,1 %	1,3 %	0,8 %	1,0 %
9. Ukjent	6,3 %	9,8 %	4,1 %	4,1 %	0,0 %	12,2 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	22,0 %	23,4 %	22,6 %	19,9 %	16,1 %	26,6 %
1. Smittet	62,8 %	55,6 %	63,2 %	67,3 %	83,0 %	58,2 %
9. Ukjent	15,2 %	21,0 %	14,2 %	12,8 %	0,8 %	15,1 %

### A5. LAR-Medikament

0. Metadon	59,3 %	68,7 %	58,1 %	47,2 %	67,4 %	45,2 %
1. Buprenofin (Subutex)	40,1 %	30,3 %	41,1 %	52,8 %	32,6 %	54,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %

### A6. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	106,31	107,01	107,73	97,86	109,34	117,13
1. Buprenofin (Subutex)	18,04	18,11	16,94	17,44	21,15	20,49

### A7. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	35,0 %	25,4 %	34,4 %	75,5 %	0,0 %	1,0 %
1. Fastlege	63,6 %	71,2 %	65,3 %	24,1 %	100,0 %	98,4 %
2. Annen lege	1,0 %	2,4 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %
9. Ukjent	0,4 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %

### A8. Andre medikamenter

#### a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	86,7 %	83,1 %	88,4 %	88,6 %	98,9 %	77,9 %
1. Ja	7,4 %	8,1 %	6,8 %	6,8 %	0,6 %	15,8 %
9. Ukjent	6,0 %	8,9 %	4,8 %	4,6 %	0,6 %	6,3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	77,3 %	67,1 %	74,7 %	89,2 %	98,6 %	74,9 %
1. Ja	19,3 %	26,5 %	22,7 %	10,1 %	0,8 %	21,5 %
9. Ukjent	3,4 %	6,4 %	2,6 %	0,8 %	0,6 %	3,6 %

c. Foreskrives morfinstoffer?						
0. Nei	95,6 %	92,2 %	96,3 %	99,1 %	99,4 %	95,0 %
1. Ja	1,1 %	1,6 %	1,5 %	0,4 %	0,0 %	0,7 %
9. Ukjent	3,2 %	6,2 %	2,2 %	0,4 %	0,6 %	4,3 %

#### A9. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,91	4,03	4,24	3,54	3,61	3,70
--	------	------	------	------	------	------

b. Derav antall utlevert overvåket	89,0 %	78,9 %	96,8 %	93,7 %	88,2 %	95,3 %
------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-tiltak	6,7 %	8,8 %	9,8 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	49,7 %	70,1 %	31,7 %	23,4 %	72,5 %	69,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	25,6 %	7,5 %	48,3 %	36,6 %	13,0 %	13,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,4 %	9,2 %	6,3 %	9,6 %	9,6 %	7,3 %
4. Legekantor	7,3 %	1,5 %	2,1 %	23,0 %	4,8 %	8,7 %
10. Annet	1,6 %	1,5 %	1,4 %	2,7 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	0,6 %	1,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %

#### A10. Urinprøveordning

a. Type avtale						
0. Ingen urinprøver	7,6 %	13,8 %	8,5 %	0,8 %	2,0 %	1,3 %
1. Stikkprøver	25,0 %	26,8 %	27,7 %	14,1 %	42,2 %	20,2 %
2. Regelmessig prøvetaking	64,9 %	53,7 %	62,3 %	84,8 %	55,8 %	78,1 %
9. Ukjent	2,5 %	5,7 %	1,5 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,03	0,79	0,94	1,28	1,28	1,34
--	------	------	------	------	------	------

### B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

#### B1. Kontakt med behandlingsapparatet

##### siste 4 uker

a. Ansatt i LAR-tiltak						
0. Nei	47,7 %	52,6 %	44,4 %	51,3 %	45,0 %	28,9 %
1. Ja	48,3 %	36,6 %	55,5 %	48,3 %	55,0 %	68,8 %
9. Ukjent	4,0 %	10,8 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	2,3 %

b. Konsulent ansatt i sosialkontor						
0. Nei	31,8 %	29,7 %	42,1 %	31,0 %	19,8 %	21,1 %
1. Ja	62,1 %	64,2 %	52,1 %	64,4 %	67,7 %	73,4 %
9. Ukjent	6,1 %	6,0 %	5,8 %	4,5 %	12,5 %	5,6 %

c. Fastlege						
0. Nei	30,6 %	31,1 %	35,5 %	26,9 %	29,2 %	24,3 %
1. Ja	57,7 %	55,8 %	52,8 %	63,8 %	56,7 %	66,4 %
9. Ukjent	11,7 %	13,1 %	11,6 %	9,4 %	14,2 %	9,2 %



d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri						
0. Nei	82,9 %	75,6 %	87,4 %	91,7 %	81,9 %	75,7 %
1. Ja	9,4 %	10,7 %	9,6 %	6,9 %	7,6 %	11,6 %
9. Ukjent	7,7 %	13,7 %	3,0 %	1,3 %	10,5 %	12,6 %
e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam						
0. Nei	77,2 %	68,4 %	83,9 %	82,9 %	79,6 %	74,7 %
1. Ja	15,0 %	18,8 %	12,7 %	15,6 %	9,1 %	11,3 %
9. Ukjent	7,7 %	12,8 %	3,5 %	1,5 %	11,3 %	14,0 %
f. Gruppebehandling						
0. Nei	87,7 %	81,7 %	92,9 %	93,9 %	82,4 %	84,6 %
1. Ja	4,3 %	4,4 %	3,9 %	4,8 %	6,2 %	1,0 %
9. Ukjent	8,0 %	13,9 %	3,2 %	1,3 %	11,3 %	14,4 %
<b>B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?</b>						
0. Nei	50,6 %	53,9 %	46,8 %	43,8 %	61,5 %	55,9 %
1. Ja	47,2 %	45,1 %	52,9 %	54,8 %	24,1 %	40,8 %
9. Ukjent	2,2 %	0,9 %	0,3 %	1,4 %	14,4 %	3,3 %
<b>B3. Psykiske vansker siste 4 uker</b>						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	75,1 %	63,6 %	77,7 %	85,8 %	89,2 %	72,0 %
1. Ja	17,1 %	23,7 %	15,5 %	11,2 %	9,9 %	17,8 %
9. Ukjent	7,8 %	12,8 %	6,8 %	3,0 %	0,8 %	10,2 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	70,9 %	60,7 %	73,8 %	77,9 %	86,4 %	70,4 %
1. Ja	21,2 %	26,5 %	19,0 %	19,0 %	12,7 %	20,4 %
9. Ukjent	7,9 %	12,8 %	7,2 %	3,1 %	0,8 %	9,2 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	87,7 %	81,7 %	88,1 %	92,8 %	97,7 %	87,5 %
1. Ja	4,1 %	5,4 %	4,8 %	2,7 %	1,1 %	3,3 %
9. Ukjent	8,2 %	12,9 %	7,1 %	4,5 %	1,1 %	9,2 %
<b>B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker</b>						
0. Nei	67,0 %	56,5 %	67,3 %	79,8 %	74,5 %	70,1 %
1. Ja	27,3 %	35,1 %	27,8 %	16,9 %	24,9 %	21,7 %
9. Ukjent	5,7 %	8,5 %	4,9 %	3,3 %	0,6 %	8,2 %
<b>B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker</b>						
a. Opioder						
0. Nei	78,3 %	68,6 %	83,5 %	83,0 %	90,1 %	78,6 %
1. Ja	12,6 %	15,1 %	7,3 %	15,0 %	9,3 %	14,8 %
9. Ukjent	9,1 %	16,2 %	9,2 %	1,9 %	0,6 %	6,6 %
b. Cannabis						
0. Nei	58,5 %	48,1 %	57,6 %	66,5 %	87,3 %	54,3 %
1. Ja	32,4 %	35,8 %	33,5 %	31,2 %	11,9 %	39,1 %
9. Ukjent	9,1 %	16,1 %	8,8 %	2,3 %	0,8 %	6,6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	49,9 %	41,3 %	46,5 %	54,3 %	83,3 %	51,6 %
1. Ja	41,6 %	44,1 %	44,8 %	43,8 %	15,9 %	41,8 %
9. Ukjent	8,5 %	14,6 %	8,7 %	1,9 %	0,8 %	6,6 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	74,8 %	69,7 %	73,7 %	78,1 %	89,8 %	75,6 %
1. Ja	15,4 %	13,2 %	16,2 %	19,6 %	9,3 %	17,5 %
9. Ukjent	9,8 %	17,1 %	10,0 %	2,4 %	0,8 %	6,9 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	77,5 %	69,6 %	77,2 %	86,1 %	93,2 %	72,6 %
1. Ja	9,0 %	10,7 %	8,3 %	8,8 %	5,9 %	8,3 %
9. Ukjent	13,4 %	19,7 %	14,6 %	5,2 %	0,8 %	19,1 %

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

0. Aldri	44,4 %	36,3 %	44,1 %	46,8 %	75,9 %	41,4 %
1. Få enkeltepisoder	24,0 %	26,0 %	23,7 %	23,7 %	13,3 %	28,3 %
2. Regelmessig bruk	24,6 %	25,0 %	26,9 %	27,4 %	10,2 %	22,7 %
9. Ukjent	7,0 %	12,7 %	5,4 %	2,1 %	0,6 %	7,6 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	57,3 %	51,4 %	52,5 %	65,4 %	79,0 %	52,4 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,8 %	19,1 %	22,9 %	20,3 %	11,9 %	19,5 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,8 %	11,8 %	17,1 %	12,3 %	8,5 %	8,6 %
9. Ukjent	10,1 %	17,7 %	7,5 %	1,9 %	0,6 %	19,5 %

**C. SISTE ÅR**

**C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	81,5 %	75,4 %	79,1 %	89,5 %	94,1 %	80,9 %
1. Ja	11,6 %	11,8 %	16,0 %	8,3 %	5,1 %	12,5 %
9. Ukjent	6,9 %	12,8 %	4,9 %	2,3 %	0,8 %	6,6 %

**C2. Overdose siste år**

0. Nei	91,9 %	87,7 %	93,1 %	94,4 %	99,7 %	90,8 %
1. Ja	2,9 %	4,3 %	2,9 %	2,3 %	0,3 %	1,6 %
9. Ukjent	5,2 %	8,0 %	4,0 %	3,3 %	0,0 %	7,6 %

**C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	92,4 %	87,2 %	94,7 %	95,5 %	99,4 %	91,1 %
1. Ja	2,0 %	3,8 %	1,4 %	1,1 %	0,6 %	0,3 %
9. Ukjent	5,6 %	9,0 %	3,9 %	3,4 %	0,0 %	8,6 %

**C4. Stoff- og alkoholbruk siste år**

0. Ikke brukt	32,4 %	22,7 %	30,1 %	43,1 %	53,5 %	30,4 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	23,2 %	17,9 %	29,3 %	26,1 %	11,3 %	32,0 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele	16,3 %	18,6 %	16,2 %	16,9 %	3,1 %	18,5 %

tiden						
3. Brukt regelmessig hele året	23,4 %	31,8 %	20,9 %	12,8 %	31,4 %	14,2 %
9. Ukjent	4,8 %	9,0 %	3,4 %	1,2 %	0,6 %	5,0 %

#### C5. Fornøydhet

##### a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	54,4 %	49,1 %	60,1 %	56,8 %	58,8 %	47,4 %
1. Både-og	28,2 %	30,2 %	23,7 %	30,3 %	25,6 %	30,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,3 %	6,6 %	6,4 %	5,2 %	6,3 %	8,2 %
9. Ukjent	11,1 %	14,1 %	9,7 %	7,8 %	9,4 %	13,5 %

##### b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	55,0 %	50,7 %	56,3 %	57,2 %	68,0 %	48,2 %
1. Både-og	32,5 %	34,2 %	32,5 %	32,3 %	22,1 %	38,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,3 %	6,4 %	8,7 %	10,0 %	9,6 %	8,6 %
9. Ukjent	4,2 %	8,7 %	2,4 %	0,4 %	0,3 %	5,3 %

#### C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	73,2 %	68,0 %	73,3 %	78,9 %	85,8 %	66,3 %
1. Ja	21,2 %	21,3 %	22,4 %	20,5 %	14,2 %	27,0 %
9. Ukjent	5,5 %	10,7 %	4,4 %	0,6 %	0,0 %	6,7 %

#### C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

##### a. Pasient

0. Nei	43,8 %	46,6 %	33,7 %	65,9 %	28,9 %	14,6 %
1. Ja	55,7 %	53,4 %	64,3 %	34,1 %	71,1 %	85,4 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### b. Medarbeider

0. Nei	39,4 %	29,6 %	28,0 %	60,2 %	80,7 %	12,4 %
1. Ja	60,2 %	70,4 %	70,3 %	39,8 %	19,3 %	87,6 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	39,4 %	29,6 %	28,0 %	60,2 %	80,7 %	12,4 %
1. Ja	60,2 %	70,4 %	70,3 %	39,8 %	19,3 %	87,6 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

## Region Øst - de enkelte fylkesvise tiltakene

	Oslo	Akershus	Hedmark	Oppland	Østfold
	prosent	prosent	prosent	prosent	prosent
<b>Antall svar</b>	734	335	68	109	245
<b>Svarprosent</b>	55,2 %	72,5 %	53,1 %	64,9 %	80,6 %
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	33,9 %	32,5 %	26,5 %	34,9 %	28,6 %
Menn	66,1 %	67,5 %	73,5 %	65,1 %	71,4 %

Alder (gjennomsnitt)	42,2	41,3	42,8	43,3	41,4
----------------------	------	------	------	------	------

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	90,2 %	97,0 %	95,6 %	98,1 %	95,9 %
1. Eget ønske om avvenning	1,3 %	1,5 %	2,9 %	0,9 %	0,8 %
2. Misfornøyd med behandlingen	5,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,8 %	0,3 %	1,5 %	0,9 %	1,7 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	2,7 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	84,7 %	77,9 %	73,5 %	80,7 %	78,4 %
1. Heltidsjobb	3,5 %	10,0 %	7,4 %	7,3 %	8,2 %
2. Deltidsjobb	3,5 %	7,6 %	10,3 %	4,6 %	4,9 %
3. Under utdanning	5,5 %	3,6 %	5,9 %	0,9 %	6,1 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,2 %
9. Ukjent	1,9 %	0,9 %	1,5 %	6,4 %	1,2 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,3 %	90,8 %	76,5 %	85,2 %	81,9 %
1. Ja	10,6 %	8,6 %	17,6 %	6,5 %	15,6 %
9. Ukjent	2,1 %	0,6 %	5,9 %	8,3 %	2,5 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	76,5 %	83,4 %	66,2 %	75,9 %	80,1 %
1. Ja	20,1 %	14,8 %	30,9 %	15,7 %	17,4 %
9. Ukjent	3,4 %	1,8 %	2,9 %	8,3 %	2,5 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	3,0 %	10,5 %	5,9 %	8,3 %	9,0 %
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,1 %	0,3 %	2,9 %	0,0 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,6 %	0,3 %	1,5 %	1,8 %	0,4 %
5. Yrkesmessig atføring/ rehabiliteringspenger	20,8 %	19,8 %	26,5 %	14,7 %	26,1 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	40,6 %	48,8 %	54,4 %	61,5 %	51,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	1,4 %	1,2 %	1,5 %	0,9 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	30,7 %	16,5 %	7,4 %	6,4 %	10,2 %
10. Annet	1,4 %	1,5 %	0,0 %	0,9 %	2,0 %
9. Ukjent	1,2 %	0,6 %	0,0 %	5,5 %	0,0 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,2 %	3,0 %	2,9 %	0,9 %	0,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	6,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
2. Institusjon	17,0 %	3,0 %	2,9 %	3,7 %	4,5 %
3. Fengsel	1,4 %	0,3 %	1,5 %	1,8 %	1,2 %
4. Hos foreldre	2,7 %	3,3 %	0,0 %	3,7 %	3,3 %
5. Hos andre	3,8 %	3,3 %	0,0 %	2,8 %	2,9 %
6. Egen bolig	63,5 %	83,8 %	89,7 %	86,2 %	82,0 %
10. Annet	2,0 %	2,4 %	1,5 %	0,9 %	3,7 %
9. Ukjent	0,8 %	0,3 %	1,5 %	0,0 %	0,4 %

#### A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

##### a. HIV

0. Ikke smittet	82,1 %	83,0 %	92,6 %	95,3 %	95,9 %
1. Smittet	5,3 %	5,2 %	1,5 %	0,9 %	1,6 %
9. Ukjent	12,6 %	11,9 %	5,9 %	3,8 %	2,5 %

##### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	22,7 %	24,5 %	19,1 %	15,6 %	29,2 %
1. Smittet	51,9 %	51,4 %	64,7 %	72,5 %	62,1 %
9. Ukjent	25,5 %	24,2 %	16,2 %	11,9 %	8,6 %

#### A5. LAR-Medikament

0. Metadon	72,1 %	69,2 %	66,2 %	65,1 %	60,4 %
1. Buprenofin (Subutex)	26,7 %	29,6 %	33,8 %	34,9 %	39,2 %
9. Ukjent	1,3 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %

#### A6. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	108,8	103,5	99,4	118,1	102,7
1. Buprenofin (Subutex)	17,9	17,2	15,6	17,5	20,1

#### A7. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	51,2 %	0,9 %	0,0 %	1,8 %	0,8 %
1. Fastlege	45,2 %	95,2 %	97,1 %	97,2 %	96,3 %
2. Annen lege	2,2 %	3,0 %	1,5 %	0,9 %	2,9 %
9. Ukjent	1,4 %	0,9 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %

#### A8. Andre medikamenter

##### a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	82,3 %	81,9 %	79,4 %	88,8 %	85,3 %
1. Ja	6,0 %	9,2 %	14,7 %	4,7 %	11,8 %
9. Ukjent	11,6 %	8,9 %	5,9 %	6,5 %	2,9 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	72,0 %	56,3 %	73,5 %	60,6 %	69,0 %
1. Ja	18,3 %	37,7 %	25,0 %	36,7 %	30,6 %
9. Ukjent	9,7 %	6,0 %	1,5 %	2,8 %	0,4 %

c. Foreskrives morfinstoffer?

0. Nei	89,2 %	93,6 %	98,5 %	94,5 %	95,9 %
1. Ja	1,1 %	1,2 %	0,0 %	2,8 %	3,7 %
9. Ukjent	9,7 %	5,2 %	1,5 %	2,8 %	0,4 %

**A9. LAR-medikamentutlevering**

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4,7	3,1	3,7	3,2	3,9
--	-----	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	81,6 %	69,2 %	70,9 %	69,6 %	85,6 %
------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	18,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	61,3 %	90,7 %	76,5 %	58,7 %	71,7 %
2. Kommunal tjenesteapparat	5,0 %	3,9 %	8,8 %	18,3 %	14,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	11,9 %	4,2 %	11,8 %	5,5 %	8,6 %
4. Legekantor	0,0 %	0,3 %	0,0 %	11,0 %	3,7 %
10. Annet	1,5 %	0,3 %	1,5 %	4,6 %	1,2 %
9. Ukjent	2,1 %	0,6 %	1,5 %	1,8 %	0,4 %

**A10. Urinprøveordning**

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	21,0 %	12,7 %	4,4 %	0,9 %	2,9 %
1. Stikkprøver	20,2 %	28,7 %	44,1 %	56,0 %	25,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	49,4 %	56,2 %	50,0 %	42,2 %	69,0 %
9. Ukjent	9,4 %	2,4 %	1,5 %	0,9 %	2,9 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,8	0,6	0,9	0,8	1,1
--	-----	-----	-----	-----	-----

**B. SISTE FIRE UKER FØR  
UTFYLLINGSDATO**

**B1. Kontakt med behandlingsapparatet  
siste 4 uker**

a. Ansatt i LAR-tiltak

0. Nei	32,8 %	79,2 %	44,1 %	69,2 %	70,5 %
1. Ja	54,0 %	10,2 %	41,2 %	23,4 %	24,6 %
9. Ukjent	13,2 %	10,6 %	14,7 %	7,5 %	4,9 %

b. Konsulent ansatt i sosialkontor

0. Nei	27,7 %	23,6 %	22,1 %	43,0 %	40,0 %
1. Ja	64,4 %	70,6 %	72,1 %	56,1 %	56,7 %
9. Ukjent	7,9 %	5,8 %	5,9 %	0,9 %	3,3 %

c. Fastlege

0. Nei	36,1 %	20,6 %	17,6 %	28,7 %	35,7 %
1. Ja	43,3 %	72,5 %	73,5 %	63,9 %	60,7 %
9. Ukjent	20,6 %	6,9 %	8,8 %	7,4 %	3,7 %

d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri

0. Nei	72,4 %	76,1 %	55,9 %	76,0 %	88,6 %
1. Ja	12,2 %	9,7 %	19,1 %	6,7 %	7,3 %
9. Ukjent	15,4 %	14,2 %	25,0 %	17,3 %	4,1 %

e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam

0. Nei	69,2 %	65,6 %	57,4 %	67,9 %	73,0 %
1. Ja	15,0 %	25,2 %	13,2 %	17,9 %	23,0 %
9. Ukjent	15,8 %	9,3 %	29,4 %	14,2 %	4,1 %

f. Gruppebehandling

0. Nei	79,2 %	85,0 %	66,2 %	78,8 %	90,2 %
1. Ja	4,7 %	3,5 %	2,9 %	4,8 %	4,9 %
9. Ukjent	16,1 %	11,5 %	30,9 %	16,3 %	4,9 %

**B2. Har det vært avholdt  
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	62,0 %	52,3 %	41,2 %	47,7 %	38,9 %
1. Ja	37,3 %	46,8 %	57,4 %	49,5 %	60,2 %
9. Ukjent	0,7 %	0,9 %	1,5 %	2,8 %	0,8 %

**B3. Psykiske vansker siste 4 uker**

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	59,4 %	68,2 %	54,4 %	68,8 %	69,8 %
1. Ja	24,2 %	19,5 %	36,8 %	22,9 %	24,9 %
9. Ukjent	16,4 %	12,3 %	8,8 %	8,3 %	5,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	57,8 %	63,9 %	44,1 %	65,1 %	67,8 %
1. Ja	25,9 %	23,8 %	45,6 %	26,6 %	26,5 %
9. Ukjent	16,4 %	12,3 %	10,3 %	8,3 %	5,7 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	76,8 %	85,8 %	82,4 %	87,2 %	88,5 %
1. Ja	6,3 %	3,6 %	5,9 %	2,8 %	6,1 %
9. Ukjent	16,9 %	10,6 %	11,8 %	10,1 %	5,3 %

**B4. Kroppslige skader/sykdommer  
som påvirker livsførsel eller livskvalitet  
siste 4 uker**

0. Nei	53,7 %	62,7 %	57,4 %	48,6 %	60,0 %
1. Ja	35,0 %	29,5 %	35,3 %	44,0 %	38,4 %
9. Ukjent	11,3 %	7,8 %	7,4 %	7,3 %	1,6 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	61,0 %	69,3 %	80,9 %	83,3 %	79,2 %
1. Ja	19,4 %	10,3 %	14,7 %	4,6 %	14,7 %
9. Ukjent	19,5 %	20,4 %	4,4 %	12,0 %	6,1 %

b. Cannabis

0. Nei	40,6 %	45,0 %	67,6 %	59,6 %	62,4 %
1. Ja	38,9 %	36,2 %	27,9 %	28,4 %	32,2 %
9. Ukjent	20,5 %	18,8 %	4,4 %	11,9 %	5,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	37,9 %	37,3 %	58,8 %	49,1 %	48,2 %
1. Ja	43,2 %	46,4 %	38,2 %	40,7 %	46,9 %
9. Ukjent	18,9 %	16,3 %	2,9 %	10,2 %	4,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	64,2 %	67,5 %	80,9 %	77,1 %	82,0 %
1. Ja	13,7 %	14,0 %	11,8 %	11,0 %	12,2 %
9. Ukjent	22,2 %	18,5 %	7,4 %	11,9 %	5,7 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	67,8 %	64,1 %	79,4 %	74,1 %	77,1 %
1. Ja	8,5 %	11,7 %	10,3 %	12,0 %	15,5 %
9. Ukjent	23,7 %	24,2 %	10,3 %	13,9 %	7,3 %

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

0. Aldri	29,2 %	35,9 %	47,1 %	57,8 %	44,3 %
1. Få enkeltepisoder	26,4 %	25,7 %	33,8 %	16,5 %	27,0 %
2. Regelmessig bruk	28,2 %	24,3 %	16,2 %	15,6 %	24,2 %
9. Ukjent	16,2 %	14,1 %	2,9 %	10,1 %	4,5 %



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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50,3 %	52,3 %	41,2 %	62,6 %	50,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	21,0 %	19,0 %	19,1 %	8,4 %	19,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,8 %	15,9 %	8,8 %	2,8 %	8,9 %
9. Ukjent	15,9 %	12,8 %	30,9 %	26,2 %	21,9 %

**C. SISTE ÅR**

**C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,4 %	73,6 %	75,0 %	79,8 %	81,6 %
1. Ja	10,4 %	12,6 %	16,2 %	12,8 %	13,1 %
9. Ukjent	16,2 %	13,8 %	8,8 %	7,3 %	5,3 %

**C2. Overdose siste år**

0. Nei	84,5 %	89,5 %	89,7 %	90,8 %	92,2 %
1. Ja	5,0 %	3,3 %	4,4 %	4,6 %	3,7 %
9. Ukjent	10,5 %	7,2 %	5,9 %	4,6 %	4,1 %

**C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	83,5 %	89,5 %	92,6 %	91,7 %	91,4 %
1. Ja	4,7 %	2,1 %	4,4 %	1,8 %	4,1 %
9. Ukjent	11,8 %	8,4 %	2,9 %	6,4 %	4,5 %

**C4. Stoff- og alkoholbruk siste år**

0. Ikke brukt	17,2 %	26,3 %	33,8 %	35,8 %	24,6 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	17,5 %	17,1 %	23,5 %	7,3 %	24,2 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	22,0 %	18,0 %	7,4 %	17,4 %	13,1 %
3. Brukt regelmessig hele året	31,2 %	30,2 %	30,9 %	31,2 %	36,1 %
9. Ukjent	12,2 %	8,4 %	4,4 %	8,3 %	2,0 %

**C5. Fornøydhet**

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	45,5 %	51,5 %	44,1 %	55,6 %	53,9 %
1. Både-og	27,9 %	34,2 %	35,3 %	26,9 %	31,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,5 %	3,3 %	11,8 %	2,8 %	6,2 %
9. Ukjent	18,0 %	10,9 %	8,8 %	14,8 %	8,2 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	50,0 %	49,4 %	60,3 %	52,9 %	50,2 %
1. Både-og	31,5 %	39,4 %	23,5 %	36,5 %	36,9 %

2. Misnøyd/ikke vellykket	7,7 %	5,6 %	1,5 %	1,0 %	7,9 %
9. Ukjent	10,7 %	5,6 %	14,7 %	9,6 %	5,0 %

#### C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	65,2 %	75,4 %	74,6 %	72,4 %	61,8 %
1. Ja	20,5 %	16,0 %	19,4 %	21,0 %	32,0 %
9. Ukjent	14,3 %	8,6 %	6,0 %	6,7 %	6,2 %

#### C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

##### a. Pasient

0. Nei	57,4 %	49,1 %	19,1 %	33,9 %	23,8 %
1. Ja	42,6 %	50,9 %	80,9 %	66,1 %	76,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### b. Medarbeider

0. Nei	35,0 %	17,6 %	17,6 %	38,5 %	28,7 %
1. Ja	65,0 %	82,4 %	82,4 %	61,5 %	71,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	35,0 %	17,6 %	17,6 %	38,5 %	28,7 %
1. Ja	65,0 %	82,4 %	82,4 %	61,5 %	71,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

### Region Sør- de enkelte fylkesvise tiltakene

	Buskerud prosent	Telemark prosent	Vestfold prosent	Aust-Agder prosent	Vest-Agder prosent
<b>Antall svar</b>	203	260	204	101	314
<b>Svarprosent</b>	97,6 %	73,0 %	81,6 %	78,9 %	95,4 %
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	29,1 %	22,3 %	27,9 %	34,7 %	29,9 %
Menn	70,9 %	77,7 %	72,1 %	65,3 %	70,1 %

Alder (gjennomsnitt)	41,3	40,5	42,7	38,7	38,7
----------------------	------	------	------	------	------

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	89,4 %	97,7 %	97,1 %	97,0 %	90,7 %
1. Eget ønske om avvenning	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	3,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,6 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	6,3 %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	1,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	3,1 %	2,3 %	1,0 %	0,0 %	2,6 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	65,5 %	85,8 %	74,5 %	80,2 %	76,1 %
1. Heltidsjobb	16,7 %	6,5 %	11,3 %	8,9 %	11,5 %
2. Deltidsjobb	6,9 %	4,2 %	6,4 %	6,9 %	8,6 %
3. Under utdanning	3,9 %	3,5 %	5,9 %	4,0 %	2,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	4,9 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	82,8 %	91,5 %	87,3 %	87,1 %	85,7 %
1. Ja	16,3 %	8,5 %	12,7 %	12,9 %	14,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	65,0 %	83,0 %	79,4 %	70,3 %	87,6 %
1. Ja	34,0 %	16,2 %	20,6 %	24,8 %	12,1 %
9. Ukjent	1,0 %	0,8 %	0,0 %	5,0 %	0,3 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,5 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	1,3 %
1. Arbeidsinntekt	17,2 %	6,6 %	12,3 %	7,9 %	12,4 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	2,5 %	0,0 %	1,0 %	1,0 %	1,6 %
5. Yrkesmessig atfering/ rehabiliteringspenger	34,0 %	21,2 %	29,9 %	22,8 %	22,3 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	34,0 %	46,3 %	44,6 %	64,4 %	50,0 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,5 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,6 %
8. Sosialhjelp	8,9 %	23,6 %	8,3 %	3,0 %	10,5 %
10. Annet	1,0 %	1,2 %	1,0 %	0,0 %	0,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,8 %	1,0 %	1,0 %	0,6 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	0,5 %	1,2 %	0,0 %	5,0 %	1,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	1,9 %	2,5 %	1,0 %	1,3 %
2. Institusjon	3,9 %	3,5 %	3,9 %	5,0 %	4,5 %
3. Fengsel	1,0 %	2,3 %	1,5 %	0,0 %	1,9 %
4. Hos foreldre	4,9 %	6,6 %	2,0 %	5,9 %	4,8 %
5. Hos andre	2,0 %	2,3 %	0,5 %	1,0 %	1,9 %
6. Egen bolig	85,7 %	81,9 %	88,7 %	78,2 %	84,1 %
10. Annet	0,0 %	0,4 %	1,0 %	4,0 %	0,3 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

#### A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

##### a. HIV

0. Ikke smittet	98,5 %	93,8 %	93,6 %	84,0 %	97,5 %
1. Smittet	0,5 %	1,9 %	2,0 %	0,0 %	0,6 %
9. Ukjent	1,0 %	4,2 %	4,4 %	16,0 %	1,9 %

##### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	25,6 %	26,3 %	17,6 %	16,2 %	22,6 %
1. Smittet	70,9 %	52,5 %	68,6 %	52,5 %	67,2 %
9. Ukjent	3,4 %	21,2 %	13,7 %	31,3 %	10,2 %

#### A5. LAR-Medikament

0. Metadon	80,3 %	50,2 %	60,3 %	59,4 %	48,7 %
1. Buprenofin (Subutex)	18,2 %	49,8 %	38,7 %	40,6 %	50,3 %
9. Ukjent	1,5 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %

#### A6. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	106,9	108,9	104,6	123,3	104,0
1. Buprenofin (Subutex)	15,6	14,0	18,2	19,5	18,4

#### A7. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	0,0 %	39,8 %	1,0 %	95,0 %	54,5 %
1. Fastlege	99,5 %	60,2 %	98,0 %	5,0 %	45,5 %
2. Annen lege	0,5 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

#### A8. Andre medikamenter

a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	88,7 %	88,4 %	91,2 %	77,0 %	90,1 %
1. Ja	7,4 %	4,6 %	4,9 %	10,0 %	8,3 %
9. Ukjent	3,9 %	6,9 %	3,9 %	13,0 %	1,6 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	89,7 %	50,6 %	88,7 %	76,2 %	75,2 %
1. Ja	10,3 %	46,3 %	10,8 %	10,9 %	22,9 %
9. Ukjent	0,0 %	3,1 %	0,5 %	12,9 %	1,9 %

c. Foreskrives morfinstoffer?

0. Nei	100,0 %	96,9 %	97,1 %	88,1 %	95,5 %
1. Ja	0,0 %	1,5 %	1,0 %	0,0 %	3,2 %
9. Ukjent	0,0 %	1,5 %	2,0 %	11,9 %	1,3 %

**A9. LAR-medikamentutlevering**

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

b. Derav antall utlevert overvåket	97,2 %	91,9 %	96,0 %	100,2 %	100,5 %
------------------------------------	--------	--------	--------	---------	---------

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,0 %	17,0 %	1,5 %	20,8 %	12,1 %
1. Apotek	73,4 %	22,8 %	36,9 %	32,7 %	8,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	18,2 %	49,4 %	52,7 %	34,7 %	68,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,9 %	8,1 %	4,9 %	6,9 %	6,4 %
4. Legekontor	2,5 %	1,9 %	0,0 %	2,0 %	3,5 %
10. Annet	0,0 %	0,8 %	3,9 %	2,0 %	1,0 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,3 %

**A10. Urinprøveordning**

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	1,0 %	15,4 %	0,5 %	4,0 %	14,3 %
1. Stikkprøver	46,3 %	12,7 %	31,4 %	8,0 %	31,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	51,7 %	69,9 %	67,2 %	86,0 %	52,2 %
9. Ukjent	1,0 %	1,9 %	1,0 %	2,0 %	1,6 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,2	0,9	1,5	1,1	0,5
--	-----	-----	-----	-----	-----

**B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO**

**B1. Kontakt med behandlingsapparatet siste 4 uker**

a. Ansatt i LAR-tiltak

0. Nei	50,7 %	43,6 %	48,3 %	27,7 %	43,5 %
1. Ja	48,8 %	56,4 %	51,2 %	72,3 %	56,5 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %

b. Konsulent ansatt i sosialkontor

0. Nei	35,5 %	42,9 %	29,9 %	30,5 %	57,3 %
1. Ja	60,1 %	51,0 %	63,2 %	47,4 %	42,0 %
9. Ukjent	4,4 %	6,2 %	6,9 %	22,1 %	0,6 %

c. Fastlege

0. Nei	28,1 %	29,3 %	46,6 %	28,7 %	40,4 %
1. Ja	57,1 %	57,5 %	39,2 %	41,5 %	58,3 %
9. Ukjent	14,8 %	13,1 %	14,2 %	29,8 %	1,3 %

d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri

0. Nei	89,1 %	81,9 %	84,8 %	83,3 %	93,6 %
1. Ja	9,9 %	15,1 %	6,9 %	12,2 %	6,1 %
9. Ukjent	1,0 %	3,1 %	8,3 %	4,4 %	0,3 %

e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam

0. Nei	81,3 %	79,8 %	78,8 %	79,8 %	93,3 %
1. Ja	17,7 %	16,7 %	11,8 %	13,8 %	6,4 %
9. Ukjent	1,0 %	3,5 %	9,4 %	6,4 %	0,3 %

f. Gruppebehandling

0. Nei	93,6 %	92,7 %	86,8 %	90,0 %	97,4 %
1. Ja	5,4 %	3,1 %	5,4 %	5,6 %	2,2 %
9. Ukjent	1,0 %	4,2 %	7,8 %	4,4 %	0,3 %

**B2. Har det vært avholdt  
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	30,0 %	63,3 %	35,8 %	56,4 %	47,9 %
1. Ja	69,5 %	36,7 %	64,2 %	41,6 %	52,1 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %

**B3. Psykiske vansker siste 4 uker**

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	84,7 %	70,3 %	75,0 %	68,3 %	84,0 %
1. Ja	11,8 %	23,9 %	13,2 %	11,9 %	13,7 %
9. Ukjent	3,4 %	5,8 %	11,8 %	19,8 %	2,2 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	84,2 %	66,8 %	66,7 %	63,4 %	81,2 %
1. Ja	11,8 %	27,0 %	21,6 %	13,9 %	16,6 %
9. Ukjent	3,9 %	6,2 %	11,8 %	22,8 %	2,2 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	94,1 %	85,3 %	87,3 %	76,2 %	91,1 %
1. Ja	2,5 %	7,7 %	2,5 %	3,0 %	6,1 %

9. Ukjent	3,4 %	6,9 %	10,3 %	20,8 %	2,9 %
-----------	-------	-------	--------	--------	-------

**B4. Kroppslige skader/sykdommer  
som påvirker livsførsel eller livskvalitet  
siste 4 uker**

0. Nei	79,8 %	68,3 %	60,8 %	36,6 %	72,5 %
1. Ja	18,7 %	29,0 %	31,4 %	44,6 %	24,9 %
9. Ukjent	1,5 %	2,7 %	7,8 %	18,8 %	2,6 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	81,3 %	77,1 %	87,7 %	83,0 %	87,5 %
1. Ja	11,8 %	6,6 %	5,4 %	3,0 %	7,7 %
9. Ukjent	6,9 %	16,3 %	6,9 %	14,0 %	4,8 %

b. Cannabis

0. Nei	69,5 %	46,5 %	63,2 %	55,0 %	56,2 %
1. Ja	26,1 %	38,4 %	30,4 %	31,0 %	37,4 %
9. Ukjent	4,4 %	15,1 %	6,4 %	14,0 %	6,4 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	55,2 %	31,4 %	51,0 %	51,5 %	48,6 %
1. Ja	40,4 %	53,1 %	43,1 %	34,3 %	45,4 %
9. Ukjent	4,4 %	15,5 %	5,9 %	14,1 %	6,1 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	84,7 %	64,7 %	76,0 %	76,8 %	71,6 %
1. Ja	10,3 %	17,1 %	16,2 %	7,1 %	22,4 %
9. Ukjent	4,9 %	18,2 %	7,8 %	16,2 %	6,1 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	83,3 %	68,6 %	74,0 %	73,7 %	83,4 %
1. Ja	8,9 %	7,8 %	9,3 %	8,1 %	7,7 %
9. Ukjent	7,9 %	23,6 %	16,7 %	18,2 %	8,9 %

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

0. Aldri	54,0 %	32,2 %	47,1 %	49,0 %	43,8 %
1. Få enkeltepisoder	19,8 %	26,4 %	23,0 %	21,0 %	25,2 %
2. Regelmessig bruk	21,3 %	31,8 %	27,0 %	23,0 %	27,8 %
9. Ukjent	5,0 %	9,7 %	2,9 %	7,0 %	3,2 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	61,6 %	39,1 %	58,3 %	63,3 %	50,2 %
---------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	20,2 %	26,4 %	15,2 %	18,4 %	28,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,8 %	23,6 %	22,1 %	6,1 %	13,5 %
9. Ukjent	3,4 %	10,9 %	4,4 %	12,2 %	8,0 %

## C. SISTE ÅR

### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	85,7 %	77,9 %	82,4 %	75,0 %	75,0 %
1. Ja	8,9 %	17,8 %	10,8 %	13,0 %	23,4 %
9. Ukjent	5,4 %	4,3 %	6,9 %	12,0 %	1,6 %

### C2. Overdose siste år

0. Nei	93,6 %	92,6 %	91,2 %	86,0 %	96,8 %
1. Ja	1,5 %	5,0 %	3,9 %	1,0 %	1,9 %
9. Ukjent	4,9 %	2,3 %	4,9 %	13,0 %	1,3 %

### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	97,0 %	92,2 %	92,6 %	86,9 %	99,0 %
1. Ja	1,0 %	3,5 %	1,0 %	1,0 %	0,3 %
9. Ukjent	2,0 %	4,3 %	6,4 %	12,1 %	0,6 %

### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	38,4 %	20,9 %	35,3 %	29,0 %	29,2 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	34,0 %	28,3 %	21,6 %	27,0 %	33,0 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	15,3 %	17,1 %	17,6 %	12,0 %	16,7 %
3. Brukt regelmessig hele året	9,4 %	29,8 %	24,5 %	19,0 %	19,2 %
9. Ukjent	3,0 %	3,9 %	1,0 %	13,0 %	1,9 %

### C5. Fornøydhet

#### a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	61,1 %	52,3 %	59,3 %	61,0 %	66,0 %
1. Både-og	16,7 %	29,1 %	22,1 %	30,0 %	23,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	6,2 %	6,9 %	5,0 %	7,7 %
9. Ukjent	17,2 %	12,4 %	11,8 %	4,0 %	3,2 %

#### b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	61,1 %	47,7 %	57,1 %	69,7 %	55,4 %
1. Både-og	23,6 %	41,5 %	34,0 %	21,2 %	33,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	13,8 %	5,4 %	6,4 %	7,1 %	10,3 %
9. Ukjent	1,5 %	5,4 %	2,5 %	2,0 %	0,6 %

### C6. Anbefales behandlingsendringer?



0. Nei	80,8 %	71,7 %	64,2 %	84,8 %	71,8 %
1. Ja	15,8 %	24,0 %	28,9 %	9,1 %	25,3 %
9. Ukjent	3,4 %	4,3 %	6,9 %	6,1 %	2,9 %

#### **C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

##### a. Pasient

0. Nei	43,8 %	46,1 %	20,1 %	47,5 %	21,2 %
1. Ja	56,2 %	53,9 %	69,6 %	52,5 %	78,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %

##### b. Medarbeider

0. Nei	34,5 %	24,8 %	22,5 %	2,0 %	38,5 %
1. Ja	65,5 %	75,2 %	68,6 %	98,0 %	61,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	0,0 %

##### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	34,5 %	24,8 %	22,5 %	2,0 %	38,5 %
1. Ja	65,5 %	75,2 %	68,6 %	98,0 %	61,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	0,0 %

### ***Region Vest – de enkelte fylkesvise tiltakene***

	<b>Hordaland</b>	<b>Rogaland</b>
	prosent	prosent
<b>Antall svar</b>	507	428
<b>Svarprosent</b>	84,1 %	89,9 %
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	29,0 %	30,4 %
Menn	71,0 %	69,6 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	40,1	39,2

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	88,4 %	93,5 %
1. Eget ønske om avvenning	1,4 %	0,9 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,9 %	1,2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	7,1 %	4,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,2 %	0,5 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	78,0 %	68,7 %
1. Heltidsjobb	10,5 %	20,3 %
2. Deltidsjobb	5,9 %	6,8 %
3. Under utdanning	5,0 %	3,3 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,5 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,8 %	87,9 %
1. Ja	12,2 %	11,9 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	83,9 %	86,4 %
1. Ja	15,7 %	13,1 %
9. Ukjent	0,4 %	0,5 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,2 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	8,7 %	20,1 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,2 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,2 %	0,7 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,0 %	0,9 %
5. Yrkesmessig atføring/ rehabiliteringspenger	36,2 %	30,6 %
6. Uførepensjon/alderspension	35,0 %	34,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	1,2 %	0,7 %
8. Sosialhjelp	17,0 %	10,5 %
10. Annet	0,2 %	0,9 %
9. Ukjent	1,2 %	0,7 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	0,8 %	1,2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,3 %	0,7 %
2. Institusjon	2,9 %	3,5 %

3. Fengsel	1,0 %	0,2 %
4. Hos foreldre	4,9 %	0,9 %
5. Hos andre	2,0 %	1,2 %
6. Egen bolig	84,0 %	91,3 %
10. Annet	0,6 %	0,7 %
9. Ukjent	0,4 %	0,2 %

#### **A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)**

##### a. HIV

0. Ikke smittet	92,1 %	97,7 %
1. Smittet	1,2 %	1,4 %
9. Ukjent	6,7 %	0,9 %

##### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	12,4 %	28,7 %
1. Smittet	74,7 %	58,6 %
9. Ukjent	12,9 %	12,6 %

#### **A5. LAR-Medikament**

0. Metadon	45,1 %	49,5 %
1. Buprenofin (Subutex)	54,9 %	50,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

#### **A6. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)**

0. Metadon	95,9	100,0
1. Buprenofin (Subutex)	18,0	16,7

#### **A7. Forskrivende lege**

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	56,9 %	97,2 %
1. Fastlege	42,7 %	2,6 %
2. Annen lege	0,4 %	0,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

#### **A8. Andre medikamenter**

a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	93,5 %	82,9 %
1. Ja	3,0 %	11,2 %
9. Ukjent	3,6 %	5,8 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	83,7 %	95,6 %
1. Ja	15,1 %	4,2 %
9. Ukjent	1,2 %	0,2 %

c. Foreskrives morfinstoffer?

0. Nei	99,0 %	99,3 %
1. Ja	0,4 %	0,5 %
9. Ukjent	0,6 %	0,2 %

**A9. LAR-medikamentutlevering**

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,5 3,5

b. Derav antall utlevert overvåket 93,6 % 93,8 %

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	8,4 %	0,5 %
1. Apotek	29,3 %	16,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	26,9 %	47,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,6 %	13,1 %
4. Legekantor	23,9 %	22,0 %
10. Annet	5,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

**A10. Urinprøveordning**

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	1,0 %	0,5 %
1. Stikkprøver	18,2 %	9,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	80,4 %	90,0 %
9. Ukjent	0,4 %	0,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 1,2 1,4

**B. SISTE FIRE UKER FØR  
UTFYLLINGSDATO**

**B1. Kontakt med behandlingsapparatet  
siste 4 uker**

a. Ansatt i LAR-tiltak

0. Nei	57,8 %	43,7 %
1. Ja	41,6 %	56,3 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %

b. Konsulent ansatt i sosialkontor

0. Nei	25,2 %	37,9 %
1. Ja	68,6 %	59,6 %

9. Ukjent	6,2 %	2,6 %
-----------	-------	-------

c. Fastlege

0. Nei	15,8 %	39,7 %
1. Ja	72,3 %	53,7 %
9. Ukjent	11,8 %	6,5 %

d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri

0. Nei	91,8 %	91,6 %
1. Ja	6,2 %	7,7 %
9. Ukjent	1,9 %	0,7 %

e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam

0. Nei	84,2 %	81,5 %
1. Ja	13,6 %	17,8 %
9. Ukjent	2,2 %	0,7 %

f. Gruppebehandling

0. Nei	95,8 %	92,0 %
1. Ja	2,4 %	7,3 %
9. Ukjent	1,8 %	0,7 %

**B2. Har det vært avholdt  
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	53,6 %	32,5 %
1. Ja	44,0 %	67,3 %
9. Ukjent	2,4 %	0,2 %

**B3. Psykiske vansker siste 4 uker**

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	89,9 %	81,1 %
1. Ja	8,7 %	14,0 %
9. Ukjent	1,4 %	4,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	80,9 %	74,3 %
1. Ja	17,3 %	21,0 %
9. Ukjent	1,8 %	4,7 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	95,8 %	89,3 %
1. Ja	2,4 %	3,0 %
9. Ukjent	1,8 %	7,7 %

**B4. Kroppslige skader/sykdommer  
som påvirker livsførsel eller livskvalitet  
siste 4 uker**

0. Nei	84,6 %	74,3 %
1. Ja	12,2 %	22,2 %
9. Ukjent	3,1 %	3,5 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	81,2 %	85,2 %
1. Ja	16,1 %	13,8 %
9. Ukjent	2,8 %	0,9 %

b. Cannabis

0. Nei	57,9 %	76,6 %
1. Ja	38,7 %	22,4 %
9. Ukjent	3,4 %	0,9 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	46,1 %	63,8 %
1. Ja	51,1 %	35,3 %
9. Ukjent	2,8 %	0,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	74,7 %	82,0 %
1. Ja	21,7 %	17,1 %
9. Ukjent	3,6 %	0,9 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	83,9 %	88,6 %
1. Ja	8,9 %	8,6 %
9. Ukjent	7,1 %	2,8 %

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

0. Aldri	38,1 %	57,0 %
1. Få enkeltepisoder	25,6 %	21,5 %
2. Regelmessig bruk	33,1 %	20,6 %
9. Ukjent	3,2 %	0,9 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	60,9 %	70,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	23,2 %	16,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	13,1 %	11,3 %

9. Ukjent	2,8 %	0,9 %
-----------	-------	-------

## C. SISTE ÅR

### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

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

### C2. Overdose siste år

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

### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	93,5 %	97,9 %
1. Ja	1,0 %	1,2 %
9. Ukjent	5,6 %	0,9 %

### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	45,7 %	40,0 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	30,1 %	21,4 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	22,2 %	10,6 %
3. Brukt regelmessig hele året	0,0 %	27,8 %
9. Ukjent	2,0 %	0,2 %

### C5. Fornøydhhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	55,4 %	58,5 %
1. Både-og	30,9 %	29,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,0 %	5,4 %
9. Ukjent	8,8 %	6,6 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	53,6 %	61,6 %
1. Både-og	34,5 %	29,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	11,8 %	8,0 %
9. Ukjent	0,2 %	0,7 %

### C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	78,8 %	78,9 %
1. Ja	20,7 %	20,4 %

9. Ukjent	0,4 %	0,7 %
-----------	-------	-------

### C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

#### a. Pasient

0. Nei	84,2 %	44,2 %
1. Ja	15,8 %	55,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

#### b. Medarbeider

0. Nei	60,4 %	60,0 %
1. Ja	39,6 %	40,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

#### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	60,4 %	60,0 %
1. Ja	39,6 %	40,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

## Akershus – enkeltsentre/tiltak

	Asker/Bærum prosent	Follo prosent	N. Romerike prosent	Ø. Romerike prosent
<b>Antall svar</b>	137	70	99	29
<b>Svarprosent</b>	66,5 %	81,4 %	80,5 %	61,7 %
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	28,5 %	41,4 %	28,3 %	44,8 %
Menn	71,5 %	58,6 %	71,7 %	55,2 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	40,9	43,1	41,1	39,1

### A. Aktuell situasjon

#### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,6 %	98,6 %	96,9 %	100,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,2 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,7 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,7 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %

#### A1. Beskjeftigelse

##### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	76,7 %	81,4 %	76,5 %	79,3 %
1. Heltidsjobb	10,5 %	11,4 %	9,2 %	6,9 %



2. Deltidsjobb	9,0 %	4,3 %	9,2 %	3,4 %
3. Under utdanning	2,3 %	1,4 %	5,1 %	10,3 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,5 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

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

#### c. Dagtilbud

0. Nei	80,1 %	92,8 %	82,5 %	79,3 %
1. Ja	17,6 %	7,2 %	15,5 %	17,2 %
9. Ukjent	2,2 %	0,0 %	2,1 %	3,4 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	11,7 %	11,4 %	9,2 %	6,9 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Yrkesmessig atfering/ rehabiliteringspenger	16,8 %	20,0 %	22,4 %	24,1 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	52,6 %	42,9 %	48,0 %	48,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	3,1 %	3,4 %
8. Sosialhjelp	13,9 %	21,4 %	16,3 %	17,2 %
10. Annet	2,2 %	1,4 %	1,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,7 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,4 %	4,3 %	0,0 %	3,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %
2. Institusjon	3,7 %	4,3 %	0,0 %	6,9 %
3. Fengsel	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	2,2 %	5,7 %	3,1 %	3,4 %
5. Hos andre	2,2 %	0,0 %	5,1 %	10,3 %
6. Egen bolig	85,3 %	84,3 %	83,7 %	75,9 %
10. Annet	0,7 %	1,4 %	6,1 %	0,0 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

### A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	85,7 %	78,3 %	79,6 %	93,1 %
1. Smittet	2,3 %	1,4 %	12,2 %	3,4 %
9. Ukjent	12,0 %	20,3 %	8,2 %	3,4 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	25,4 %	26,5 %	15,6 %	44,8 %
1. Smittet	48,5 %	50,0 %	55,2 %	55,2 %
9. Ukjent	26,1 %	23,5 %	29,2 %	0,0 %

**A5. LAR-Medikament**

0. Metadon	67,9 %	74,3 %	75,5 %	41,4 %
1. Buprenofin (Subutex)	29,9 %	25,7 %	23,5 %	58,6 %
9. Ukjent	2,2 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %

**A6. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)**

0. Metadon	102,0	99,9	107,1	104,6
1. Buprenofin (Subutex)	17,6	17,8	16,6	16,8

**A7. Forskrivende lege**

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	0,0 %	2,9 %	1,0 %	0,0 %
1. Fastlege	93,4 %	92,9 %	99,0 %	96,6 %
2. Annen lege	5,1 %	2,9 %	0,0 %	3,4 %
9. Ukjent	1,5 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

**A8. Andre medikamenter**

a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	83,1 %	87,0 %	76,5 %	82,8 %
1. Ja	7,7 %	2,9 %	14,3 %	13,8 %
9. Ukjent	9,2 %	10,1 %	9,2 %	3,4 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	48,9 %	62,9 %	60,2 %	62,1 %
1. Ja	44,4 %	30,0 %	33,7 %	37,9 %
9. Ukjent	6,7 %	7,1 %	6,1 %	0,0 %

c. Foreskrives morfinstoffer?

0. Nei	93,3 %	92,8 %	92,7 %	100,0 %
1. Ja	1,5 %	1,4 %	1,0 %	0,0 %
9. Ukjent	5,2 %	5,8 %	6,3 %	0,0 %

**A9. LAR-medikamentutlevering**

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

	2,8	3,3	3,4	2,9
--	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket

	56,1 %	71,4 %	82,5 %	67,9 %
--	--------	--------	--------	--------

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	91,2 %	90,0 %	94,8 %	75,9 %
2. Kommunal tjenesteapparat	1,5 %	2,9 %	5,2 %	13,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,1 %	7,1 %	0,0 %	6,9 %
4. Legekantor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %
10. Annet	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

**A10. Urinprøveordning**

a. Type avtale				
0. Ingen urinprøver	14,9 %	5,7 %	13,3 %	17,2 %
1. Stikkprøver	27,6 %	31,4 %	22,4 %	48,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	55,2 %	58,6 %	63,3 %	31,0 %
9. Ukjent	2,2 %	4,3 %	1,0 %	3,4 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)				
	0,7	0,6	0,5	0,4

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

### B1. Kontakt med behandlingsapparatet siste 4 uker

a. Ansatt i LAR-tiltak				
0. Nei	68,2 %	83,3 %	93,8 %	62,1 %
1. Ja	16,8 %	10,0 %	3,1 %	10,3 %
9. Ukjent	15,0 %	6,7 %	3,1 %	27,6 %
b. Konsulent ansatt i sosialkontor				
0. Nei	20,6 %	26,1 %	27,8 %	17,2 %
1. Ja	74,0 %	73,9 %	62,9 %	72,4 %
9. Ukjent	5,3 %	0,0 %	9,3 %	10,3 %
c. Fastlege				
0. Nei	20,8 %	17,2 %	23,7 %	17,2 %
1. Ja	71,5 %	75,0 %	70,1 %	79,3 %
9. Ukjent	7,7 %	7,8 %	6,2 %	3,4 %
d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri				
0. Nei	68,0 %	86,7 %	84,5 %	55,2 %
1. Ja	17,5 %	3,3 %	5,2 %	10,3 %
9. Ukjent	14,6 %	10,0 %	10,3 %	34,5 %
e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam				
0. Nei	65,5 %	74,6 %	64,9 %	48,3 %
1. Ja	23,0 %	15,9 %	27,8 %	44,8 %
9. Ukjent	11,5 %	9,5 %	7,2 %	6,9 %
f. Gruppebehandling				
0. Nei	81,2 %	88,3 %	88,7 %	79,3 %
1. Ja	5,9 %	3,3 %	2,1 %	0,0 %
9. Ukjent	12,9 %	8,3 %	9,3 %	20,7 %

### B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	52,2 %	58,6 %	45,9 %	58,6 %
1. Ja	45,6 %	41,4 %	54,1 %	41,4 %

9. Ukjent	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
-----------	-------	-------	-------	-------

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

#### a. Alvorlig depresjon

0. Nei	72,8 %	71,4 %	62,2 %	58,6 %
1. Ja	14,7 %	17,1 %	22,4 %	37,9 %
9. Ukjent	12,5 %	11,4 %	15,3 %	3,4 %

#### b. Alvorlig angst

0. Nei	64,7 %	75,7 %	51,5 %	72,4 %
1. Ja	21,3 %	14,3 %	35,1 %	20,7 %
9. Ukjent	14,0 %	10,0 %	13,4 %	6,9 %

#### c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	85,9 %	91,4 %	82,5 %	82,8 %
1. Ja	3,0 %	1,4 %	3,1 %	13,8 %
9. Ukjent	11,1 %	7,1 %	14,4 %	3,4 %

### B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker

0. Nei	59,3 %	74,3 %	58,2 %	65,5 %
1. Ja	29,6 %	21,4 %	34,7 %	31,0 %
9. Ukjent	11,1 %	4,3 %	7,1 %	3,4 %

### B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

#### a. Opioder

0. Nei	68,1 %	80,6 %	63,3 %	69,0 %
1. Ja	8,1 %	9,0 %	12,2 %	17,2 %
9. Ukjent	23,7 %	10,4 %	24,5 %	13,8 %

#### b. Cannabis

0. Nei	41,8 %	58,8 %	36,7 %	55,2 %
1. Ja	35,1 %	30,9 %	41,8 %	34,5 %
9. Ukjent	23,1 %	10,3 %	21,4 %	10,3 %

#### c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	38,0 %	48,5 %	29,6 %	34,5 %
1. Ja	46,7 %	38,2 %	48,0 %	58,6 %
9. Ukjent	15,3 %	13,2 %	22,4 %	6,9 %

#### d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	66,7 %	71,6 %	66,3 %	65,5 %
1. Ja	13,3 %	13,4 %	12,2 %	24,1 %
9. Ukjent	20,0 %	14,9 %	21,4 %	10,3 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	67,7 %	62,7 %	55,7 %	79,3 %
1. Ja	11,3 %	13,4 %	12,4 %	6,9 %
9. Ukjent	21,1 %	23,9 %	32,0 %	13,8 %

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

0. Aldri	37,2 %	42,9 %	28,6 %	37,9 %
1. Få enkeltepisoder	29,9 %	18,6 %	24,5 %	27,6 %
2. Regelmessig bruk	19,7 %	30,0 %	24,5 %	31,0 %
9. Ukjent	13,1 %	8,6 %	22,4 %	3,4 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	56,6 %	55,2 %	44,2 %	51,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,1 %	13,4 %	24,2 %	13,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,7 %	20,9 %	13,7 %	17,2 %
9. Ukjent	9,6 %	10,4 %	17,9 %	17,2 %

**C. SISTE ÅR**

**C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,5 %	78,6 %	66,3 %	86,2 %
1. Ja	14,7 %	10,0 %	12,2 %	10,3 %
9. Ukjent	11,8 %	11,4 %	21,4 %	3,4 %

**C2. Overdose siste år**

0. Nei	90,5 %	92,9 %	84,7 %	93,1 %
1. Ja	2,2 %	2,9 %	5,1 %	3,4 %
9. Ukjent	7,3 %	4,3 %	10,2 %	3,4 %

**C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	90,4 %	91,4 %	83,5 %	100,0 %
1. Ja	1,5 %	1,4 %	4,1 %	0,0 %
9. Ukjent	8,1 %	7,1 %	12,4 %	0,0 %

**C4. Stoff- og alkoholbruk siste år**

0. Ikke brukt	26,3 %	34,3 %	18,4 %	34,5 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	19,0 %	8,6 %	20,4 %	17,2 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	13,1 %	25,7 %	18,4 %	20,7 %
3. Brukt regelmessig hele året	33,6 %	25,7 %	29,6 %	27,6 %
9. Ukjent	8,0 %	5,7 %	13,3 %	0,0 %

**C5. Fornøydhet**

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	52,6 %	62,1 %	43,9 %	48,3 %
1. Både-og	30,7 %	31,8 %	38,8 %	41,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	3,0 %	4,1 %	3,4 %
9. Ukjent	13,9 %	3,0 %	13,3 %	6,9 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	54,8 %	50,7 %	42,9 %	41,4 %
1. Både-og	37,0 %	37,3 %	42,9 %	44,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,2 %	9,0 %	2,2 %	10,3 %
9. Ukjent	3,0 %	3,0 %	12,1 %	3,4 %

**C6. Anbefales behandlingsendringer?**

0. Nei	82,9 %	73,8 %	72,9 %	55,2 %
1. Ja	8,1 %	23,1 %	14,6 %	37,9 %
9. Ukjent	8,9 %	3,1 %	12,5 %	6,9 %

**C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

a. Pasient

0. Nei	52,9 %	60,0 %	40,4 %	34,5 %
1. Ja	47,1 %	40,0 %	59,6 %	65,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	8,0 %	25,7 %	20,2 %	34,5 %
1. Ja	92,0 %	74,3 %	79,8 %	65,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	8,0 %	25,7 %	20,2 %	34,5 %
1. Ja	92,0 %	74,3 %	79,8 %	65,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

## Oslo – enkeltsentre

	LAR Øst prosent	MAR Bydel prosent	MAR Oslo prosent
<b>Antall svar</b>	232	345	148
<b>Svarprosent</b>	87,2 %	51,9 %	62,7 %
<b>Kjønn</b>			
Kvinner	31,9 %	35,4 %	33,8 %
Menn	68,1 %	64,6 %	66,2 %
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	40,0	42,9	43,8

**A. Aktuell situasjon**

## A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	72,9 %	96,9 %	96,2 %
1. Eget ønske om avvenning	1,9 %	0,6 %	1,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	18,1 %	0,6 %	0,8 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	2,6 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	4,5 %	1,9 %	1,5 %

## A1. Beskjeftigelse

### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	91,2 %	78,5 %	88,4 %
1. Heltidsjobb	1,3 %	5,6 %	2,7 %
2. Deltidsjobb	0,9 %	3,5 %	5,5 %
3. Under utdanning	4,4 %	7,9 %	2,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1,8 %	0,6 %	0,7 %
9. Ukjent	0,4 %	3,8 %	0,0 %

### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	90,6 %	82,5 %	92,5 %
1. Ja	8,9 %	13,6 %	6,8 %
9. Ukjent	0,4 %	3,9 %	0,7 %

### c. Dagtilbud

0. Nei	86,2 %	72,5 %	71,9 %
1. Ja	13,4 %	21,3 %	26,7 %
9. Ukjent	0,4 %	6,2 %	1,4 %

## A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	0,9 %	4,7 %	3,4 %
2. Studielån/stipend	0,9 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	0,3 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	0,6 %	0,0 %
5. Yrkesmessig atføring/ rehabiliteringspenger	18,1 %	25,2 %	15,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	31,7 %	46,9 %	40,7 %
7. Stønad til enslig forsørger	1,3 %	1,2 %	1,4 %
8. Sosialhjelp	45,4 %	17,9 %	35,2 %
10. Annet	0,9 %	1,2 %	2,8 %
9. Ukjent	0,0 %	2,1 %	0,7 %

## A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,7 %	1,8 %	1,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	12,3 %	3,5 %	4,9 %
2. Institusjon	23,3 %	16,4 %	9,8 %
3. Fengsel	2,3 %	0,6 %	2,1 %
4. Hos foreldre	4,1 %	2,1 %	2,1 %
5. Hos andre	4,6 %	2,1 %	4,9 %
6. Egen bolig	47,9 %	70,7 %	70,6 %
10. Annet	0,9 %	1,8 %	4,2 %

9. Ukjent	0,9 %	1,2 %	0,0 %
-----------	-------	-------	-------

#### A4. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

##### a. HIV

0. Ikke smittet	85,4 %	77,6 %	86,3 %
1. Smittet	11,1 %	3,2 %	2,7 %
9. Ukjent	3,5 %	19,2 %	11,0 %

##### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	27,1 %	21,1 %	22,4 %
1. Smittet	60,0 %	47,1 %	52,4 %
9. Ukjent	12,9 %	31,9 %	25,2 %

#### A5. LAR-Medikament

0. Metadon	60,0 %	72,2 %	90,4 %
1. Buprenofin (Subutex)	40,0 %	25,1 %	9,6 %
9. Ukjent	0,0 %	2,6 %	0,0 %

#### A6. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	108,9	108,8	108,8
1. Buprenofin (Subutex)	18,4	17,5	17,1

#### A7. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	93,2 %	10,5 %	85,6 %
1. Fastlege	4,1 %	84,5 %	13,0 %
2. Annen lege	2,3 %	2,6 %	1,4 %
9. Ukjent	0,5 %	2,3 %	0,0 %

#### A8. Andre medikamenter

##### a. Foreskrives medikament som kan påvirke effekt eller serumnivå av LAR-medikamentet?

0. Nei	90,0 %	73,5 %	89,6 %
1. Ja	5,9 %	6,5 %	6,3 %
9. Ukjent	4,1 %	20,1 %	4,2 %

##### b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	88,1 %	54,9 %	87,6 %
1. Ja	9,1 %	28,3 %	9,0 %
9. Ukjent	2,7 %	16,8 %	3,4 %

##### c. Foreskrives morfinstoffer?

0. Nei	96,8 %	81,1 %	95,8 %
1. Ja	0,5 %	1,8 %	0,7 %
9. Ukjent	2,7 %	17,1 %	3,5 %

#### A9. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	6,1	3,4	5,4
--	-----	-----	-----



b. Derav antall utlevert overvåket	94,5 %	64,5 %	80,0 %
c. Viktigste utleveringssted			
0. LAR-tiltak	29,5 %	6,2 %	29,7 %
1. Apotek	43,8 %	74,7 %	54,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	6,9 %	2,9 %	7,6 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	18,0 %	10,0 %	6,9 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,4 %	2,1 %	1,4 %
9. Ukjent	0,5 %	4,1 %	0,0 %

#### **A10. Urinprøveordning**

##### a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	15,3 %	21,5 %	28,1 %
1. Stikkprøver	8,8 %	27,9 %	20,5 %
2. Regelmessig prøvetaking	73,6 %	34,7 %	48,6 %
9. Ukjent	2,3 %	15,9 %	2,7 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,3	0,5	0,6
--	-----	-----	-----

#### **B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO**

##### **B1. Kontakt med behandlingsapparatet siste 4 uker**

##### a. Ansatt i LAR-tiltak

0. Nei	10,8 %	54,0 %	20,6 %
1. Ja	87,9 %	20,1 %	76,6 %
9. Ukjent	1,3 %	25,9 %	2,8 %

##### b. Konsulent ansatt i sosialkontor

0. Nei	19,2 %	32,7 %	27,2 %
1. Ja	74,6 %	59,8 %	61,8 %
9. Ukjent	6,3 %	7,5 %	11,0 %

##### c. Fastlege

0. Nei	84,3 %	57,1 %	89,1 %
1. Ja	12,4 %	15,3 %	4,7 %
9. Ukjent	3,2 %	27,6 %	6,2 %

##### d. Behandler i spesialisttjeneste psykiatri

0. Nei	82,5 %	56,6 %	75,0 %
1. Ja	13,8 %	14,9 %	20,5 %
9. Ukjent	3,7 %	28,5 %	4,5 %

##### e. Behandler i ruspoliklinikk/spesialteam

0. Nei	44,5 %	22,7 %	53,4 %
1. Ja	39,5 %	48,6 %	37,6 %
9. Ukjent	15,9 %	28,7 %	9,0 %

f. Gruppebehandling

0. Nei	87,2 %	68,0 %	92,1 %
1. Ja	9,0 %	2,7 %	2,4 %
9. Ukjent	3,8 %	29,3 %	5,5 %

**B2. Har det vært avholdt  
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	42,1 %	70,1 %	71,7 %
1. Ja	57,5 %	28,7 %	28,3 %
9. Ukjent	0,5 %	1,2 %	0,0 %

**B3. Psykiske vansker siste 4 uker**

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,9 %	56,5 %	53,5 %
1. Ja	23,1 %	21,0 %	33,3 %
9. Ukjent	9,0 %	22,5 %	13,2 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	66,1 %	54,1 %	50,3 %
1. Ja	27,6 %	22,2 %	35,2 %
9. Ukjent	6,3 %	23,7 %	14,5 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	80,2 %	74,0 %	76,4 %
1. Ja	11,3 %	2,7 %	6,9 %
9. Ukjent	8,6 %	23,3 %	16,7 %

**B4. Kroppslige skader/sykdommer  
som påvirker livsførsel eller livskvalitet  
siste 4 uker**

0. Nei	63,0 %	46,7 %	56,6 %
1. Ja	31,5 %	36,0 %	36,4 %
9. Ukjent	5,6 %	17,3 %	7,0 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	58,6 %	60,6 %	66,4 %
1. Ja	30,2 %	12,2 %	19,7 %
9. Ukjent	11,3 %	27,2 %	13,9 %

b. Cannabis

0. Nei	39,8 %	43,9 %	35,3 %
1. Ja	48,0 %	26,6 %	52,5 %

9. Ukjent	12,2 %	29,6 %	12,2 %
-----------	--------	--------	--------

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	36,9 %	41,7 %	31,5 %
1. Ja	50,5 %	31,3 %	58,0 %
9. Ukjent	12,6 %	27,1 %	10,5 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	64,3 %	62,7 %	66,4 %
1. Ja	18,6 %	7,8 %	21,2 %
9. Ukjent	17,2 %	29,6 %	12,4 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,9 %	61,2 %	74,8 %
1. Ja	9,0 %	6,9 %	11,5 %
9. Ukjent	17,1 %	31,9 %	13,7 %

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

0. Aldri	25,6 %	34,6 %	23,6 %
1. Få enkeltepisoder	28,8 %	24,9 %	26,4 %
2. Regelmessig bruk	37,9 %	15,7 %	40,3 %
9. Ukjent	7,8 %	24,9 %	9,7 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	46,6 %	52,9 %	50,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	26,9 %	13,2 %	27,5 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	20,1 %	7,1 %	14,1 %
9. Ukjent	6,4 %	26,8 %	8,5 %

**C. SISTE ÅR**

**C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	79,8 %	68,8 %	74,5 %
1. Ja	13,0 %	8,2 %	12,4 %
9. Ukjent	7,2 %	23,0 %	13,1 %

**C2. Overdose siste år**

0. Nei	85,7 %	81,9 %	91,1 %
1. Ja	8,9 %	2,3 %	4,1 %
9. Ukjent	5,4 %	15,7 %	4,8 %

**C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	87,0 %	80,5 %	86,3 %
1. Ja	7,6 %	2,6 %	4,8 %
9. Ukjent	5,4 %	16,9 %	8,9 %

#### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	11,2 %	22,5 %	13,8 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	26,8 %	10,5 %	16,6 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	29,9 %	12,0 %	33,8 %
3. Brukt regelmessig hele året	28,6 %	34,2 %	29,0 %
9. Ukjent	3,6 %	20,8 %	6,9 %

#### C5. Fornøydhhet

##### a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	41,2 %	50,6 %	40,0 %
1. Både-og	35,6 %	19,9 %	37,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	11,1 %	5,4 %	9,0 %
9. Ukjent	12,0 %	24,1 %	13,8 %

##### b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	42,9 %	55,3 %	49,6 %
1. Både-og	39,6 %	22,8 %	39,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	16,0 %	2,9 %	4,4 %
9. Ukjent	1,4 %	19,0 %	6,6 %

#### C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	65,9 %	66,6 %	62,8 %
1. Ja	30,7 %	12,2 %	21,9 %
9. Ukjent	3,4 %	21,3 %	15,3 %

#### C6. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

##### a. Pasient

0. Nei	73,7 %	53,0 %	41,2 %
1. Ja	26,3 %	47,0 %	58,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### b. Medarbeider

0. Nei	45,7 %	31,3 %	25,7 %
1. Ja	54,3 %	68,7 %	74,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %

##### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	45,7 %	31,3 %	25,7 %
1. Ja	54,3 %	68,7 %	74,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %