

SERAF RAPPORT 2/2022

Statusrapport 2021

Siste år med gamle LAR-retningslinjer

Anne Berit Bech, Anne Bukten, Philipp Lobmaier,
Ivar Skeie, Pål H. Lillevold og Thomas Clausen

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

Forord

SERAF utarbeider hvert år nasjonal statusrapport for LAR på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapporten er basert på en kartlegging som alle LAR-tiltakene gjennomfører en gang i året. Denne spørreundersøkelsen om hvordan det går i LAR er utført de siste 22 år og viser at LAR har utviklet seg fra å være en effektiv behandlingsform kun for de alvorligst syke i 1998 til en godt etablert, standardisert behandling for de fleste med opioiddominert avhengighet.

Tradisjonen tro presenterer vi funn fra rapporteringen om hvordan det går med LAR pasientene, både generelt (DEL A) med tanke på sysselsetting, rehabilitering og grad av fornøydhets med behandling, men også mer konkret om sentrale utfalsmål som rusmiddelbruk siste 4 uker (DEL B) og inneværende år (DEL C), hvilken medisin som brukes og om det har vært alvorlige hendelser som overdose. Som oppfølging av fjorårets fokus på «nye medisiner» presenterer vi i år videre utvikling for depot injeksjons-LAR.

2020-2021 var preget av pandemi med restriksjoner som påvirket alles liv, på alle områder. For LAR-pasienter har tiltakene for sosial distansering av smittevernshensyn ofte medført lempeligere henteordninger. Ansatte ble vurdert som kritisk personell og var nødt til å fortsette sitt virke med tydelig avstand, håndsprit og munnbind. Tilbakemeldingene tilsier at covid-19 restriksjonene ble håndtert gjennomgående bra, og klart bedre enn fryktet i starten.

Det er derfor en ekstra stor glede å kunne presentere denne årlige rapporten til tross for kohort-jobbing, hjemmekontor, karantene og vente-karantene, isolasjoner og sykdomstilfeller med covid-19 relatert, alvorlig lungesykdom. Vi har kunnet tilføye noen spørsmål om covid-19 og fant stor grad av usikkerhet, samtidig som sykdomsprevalens blant LAR-pasienter var svært lav. Dette synes å gjenspeile covid-19 i den generelle befolkningen og kan fortolkes som uttrykk for normalitet i pasientpopulasjonen vi er interessert i. Samtidig vet vi lite om alvorlige covid-19 følgetilstander som langvarig redusert allmenntilstand. Rammene for denne rapporten er utilstrekkelig for kartlegging av covid-19 i større detalj.

Vi minner om at en aldrende LAR-populasjon er å ansee som en suksess i seg selv. LAR har medført at mange mennesker med opioiddavhengighet kan eldes med sykdommen. Samtidig ønsker vi i fremtiden å styrke fokus på gode levevaner, HepC-behandling og regelmessige legeundersøkelser.

Ivar Skeie har analysert mortalitetsdata og skrevet kapittelet om dødsfall i LAR. Han har igjen fulgt tiltakene tett for å kunne inkludere komplette tall på overdoser, suicid og naturlige dødsfall.

Denne rapporten er resultatet av betydelig innsats i hvert LAR-tiltak. Vi takker for innsatsen fra LAR-ansatte over hele landet og for samarbeid med LAR-tiltakene og med Helsedirektoratet.

Oslo 2022

(s)
Anne Berit Bech

(s)
Ivar Skeie

(s)
Anne Bukten

(s)
Pål H. Lillevold

(s)
Philipp Lobmaier

(s)
Thomas Clausen

Innhold

LAR I 2021 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM	1
Antall i behandling	1
Vurderinger av praksis for inntak og utskrivninger	3
ORGANISERINGEN AV LAR	4
Vurderinger av struktur og ressurser	4
STATUSUNDERSØKELSEN 2021	5
Svarprosent	5
Vurderinger av undersøkelsen	5
DEL A: AKTUELL SITUASJON - DELTAKERNE OG LAR-TILTAKENE	6
Kjønn og alder	6
Vurderinger	7
Smittestatus: hiv, hepatitt C og covid-19	8
Covid-19	10
Vurderinger av smittestatus	10
Pasientenes situasjon	11
DEL A: BEHANDLINGEN	14
Under behandling eller avsluttet?	14
Vurderinger av utskrivninger	15
DEL A: MEDIKAMENTELL BEHANDLING	16
Valg av medikament	16
Dosering	17
Andre medikamenter	19
Behandlerne	20
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen	21
DEL A: MEDISINSK FORSVARLIG BEHANDLING OG SIKKERHET I LAR	22
Utlevering av medikament	22
Utleveringssted	22
Rusmiddeltester	23
Vurdering	23
DEL B SISTE 4 UKER FØR UTFYLLING: PSYKOSOSIAL BEHANDLING	25
"Overført" – forankring av hovedansvaret for behandlingen	25
Målsetting	26
Er rehabiliteringsprosessen fullført?	26
Psykotераapeutisk behandling	29
Vurderinger av den psykososiale behandlingen	29
DEL B: HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	31
Psykisk helse	31
Fysisk helse	33
Vurderinger av helsetilstand	33
DEL B: RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER	34
Opioider utenom LAR medikament	34
Cannabis	35
Benzodiazepin	35
Sentralstimulerende midler	36
Frekvens av rusmiddelbruken	37
Rusmiddelmeistring	37
Vurderinger av rusmiddelbruken	38
DEL C: FUNKSJON SISTE ÅR	39
Kriminalitet	39

Bruk av rusmidler siste år.....	40
Vurderinger.....	42
DEL C: DØDSFALL I LAR	43
Dødsårsaker og aldersprofil.....	44
Overdosedødsfall.....	46
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?.....	47
DEL C: FORNØYDHETSMÅLINGER	50
Pasientenes oppfatning	50
Behandlers oppfatning.....	50
Endringsbehov	51
Vurderinger.....	52
SAMMENDRAG	53
TABELLER OG STATISTIKK.....	55
Norge og regioner.....	55
Helseregion Øst	63
Helseregion Sør	71
Helseregion Vest	79
Helseregion Midt.....	87
Helseregion Nord.....	95

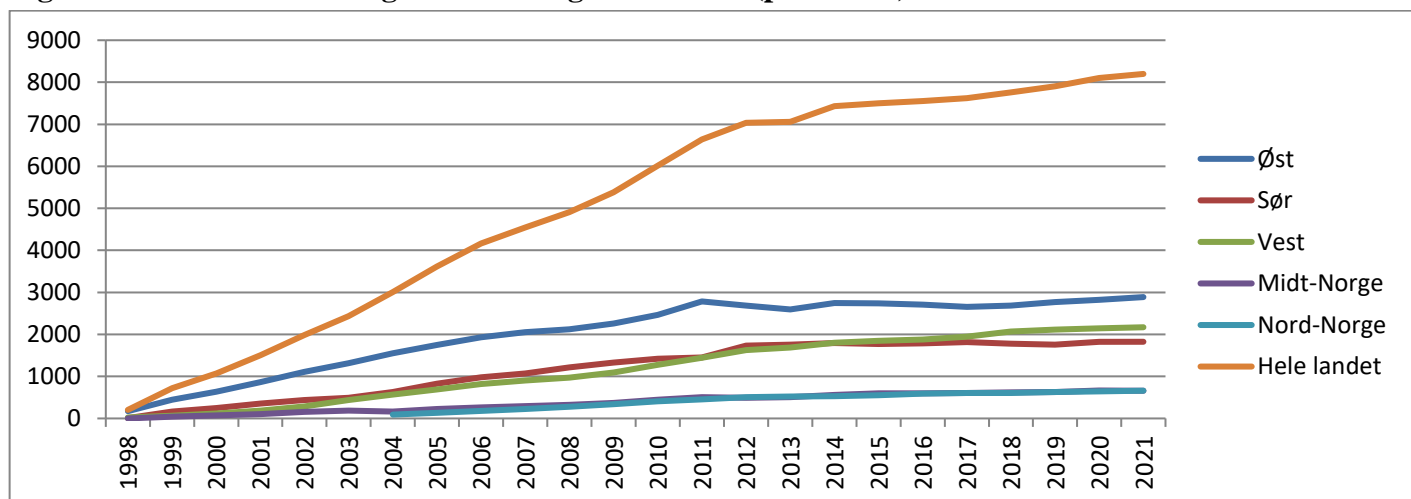
LAR I 2021 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM

Hvert LAR-tiltak fyller ut oppgaver over antall pasienter og pasientstrøm pr 31.12. hvert år etter tilsendt excel-ark. Denne årsoppgaven beskriver antall i behandling, antall som kommer til og antall som slutter og danner grunnlaget for våre anslag om behov, kapasitet og sirkulasjon i hele landet og i de enkelte LAR-tiltakene.

Antall i behandling

Per 31.12.2021 var 8198 mennesker i LAR i hele Norge, en økning på 99 pasienter i forhold til 2020. 57,5 % av pasientene var i Helse Sør-Øst, 26,5 % i Helse Vest, 8,0 % i Helse Midt og 8,1 % i Helse Nord. Figur 1 viser at veksten i antall var sterk frem til 2012. Økningen flatet da ut, men antallet fortsatte å stige jevnt fra år til år og det er nå nesten 8200 pasienter i LAR. Det rapporteres om 15 pasienter på landsbasis som ved årskiftet ikke er startet i behandling, men som kan beskrives som «på venteliste».

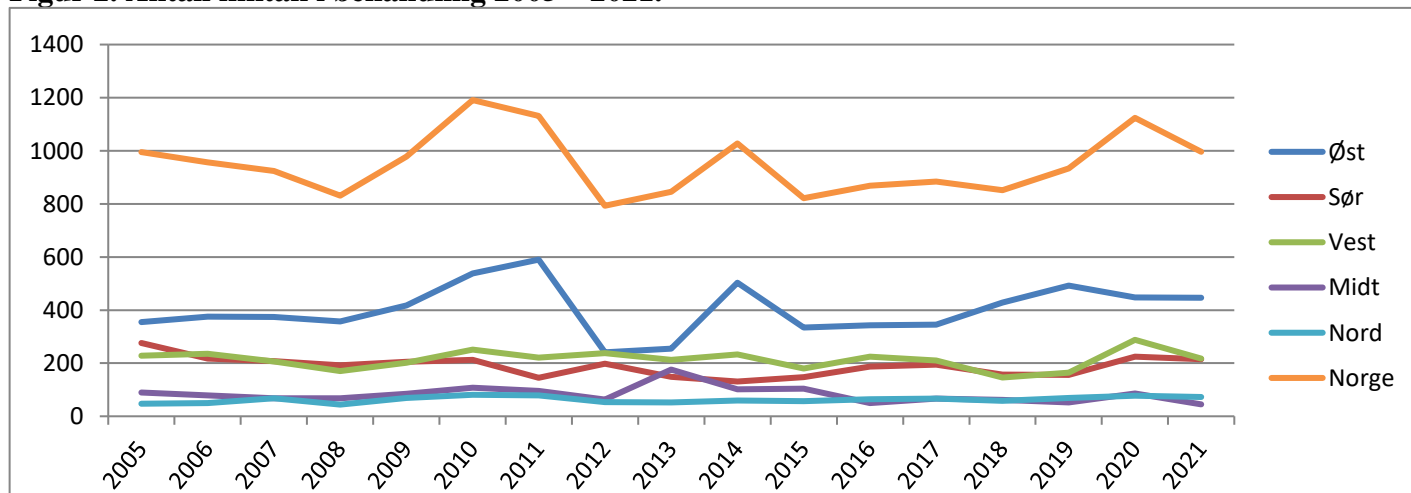
Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge 1998-2021 (per 31.12.)



Inntak og utskrivninger

996 pasienter (inkludert overføringer) startet med LAR i 2021, 128 færre enn året før (jf. Figur 2). Dette avslutter den økende trenden fra foregående år.

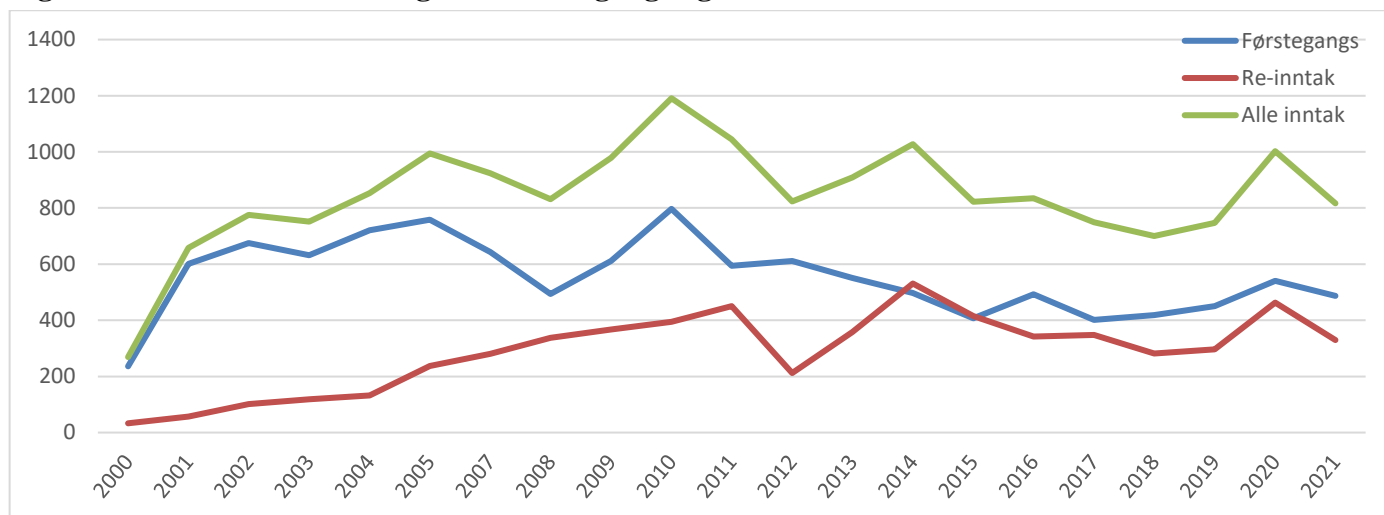
Figur 2. Antall inntak i behandling 2005 – 2021.



Figuren viser summen av førstegangs- og re-inntak inkludert overføringer for tidsrommet siden 2005, året da region Nord kom til. Helse Sør-Øst er delt i region Sør og Øst for bedre oversikt.

I 2021 var det 487 førstegangsinnntak og 329 re-inntak. Resten av inntakene var overføringer mellom LAR-tiltak. Figur 3 viser et nokså stabilt antall førstegangsinnntak de siste årene med i overkant av 400 årlig, mens noen færre kommer tilbake etter tidligere utskrivninger. Siden 2016 har antall årlige inntak vært nokså stabilt. Fjorårets stigning til 1003 inntak totalt ser ut til å ha normalisert seg igjen i 2021.

Figur 3. Inntak i LAR totalt og delt i førstegangs og re-inntak 2000 – 2021*.

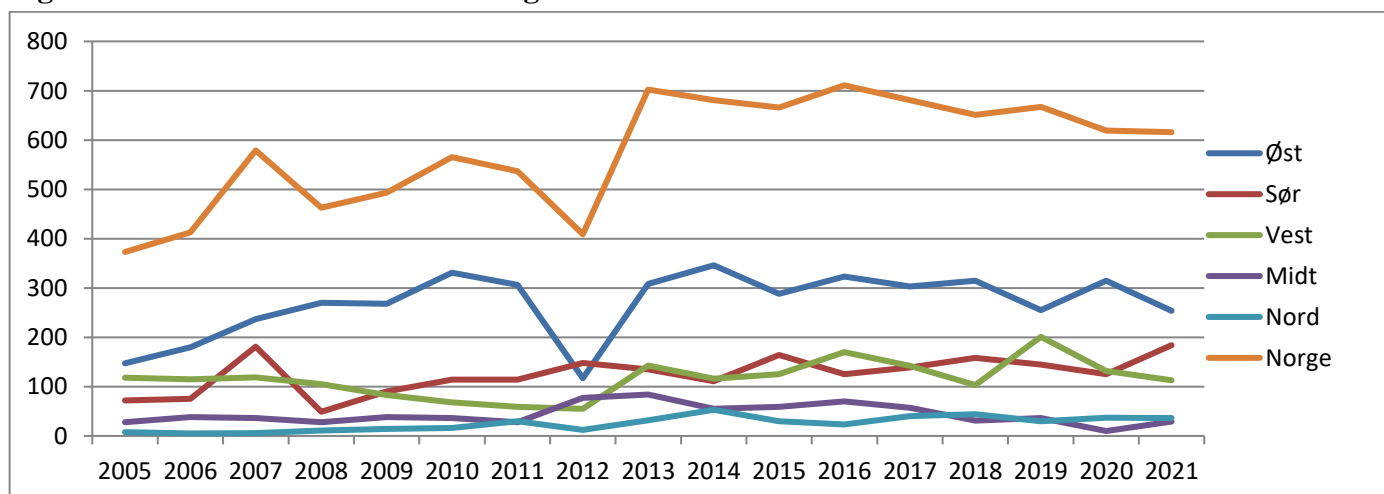


*Mangler data for 2006.

Utskrivninger

Figur 4 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var totalt 616 utskrivninger mot 619 i 2020. Overføringer til annet LAR-tiltak er ikke innkludert. Antall utskrivninger i 2021 er omtrent uendret fra året før og andelen ligger således stabilt på færre enn 700 årlig (omtrent 8 %) som har vært observert siden 2013. Andelen som forblir i LAR over tid fortsetter å være høy med omtrent 9 av 10 pasienter, fra et år til det neste.

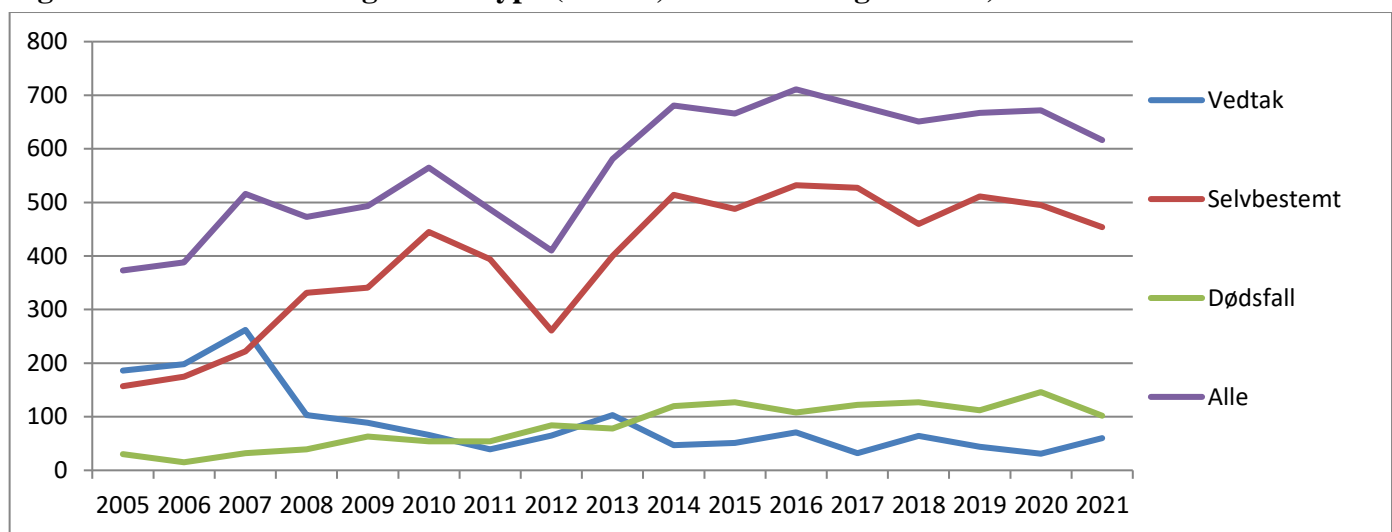
Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene fra 2005 til 2021.



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

Figur 5 viser utviklingen over tid. Om pasienten slutter å hente medisinen eller aktivt beslutter nedtrapping, vurderes dette til å være selvbestemt behandlingsavbrudd (rød linje). Slike behandlingsavbrudd har utgjort majoriteten siden 2008, og de ser ut til å ha stabilisert seg rundt 500 årlig gjennom de siste fem årene. I 2021 ble 60 pasienter (9,7 %) avsluttet etter vedtak om medisinsk uforsvarlighet. 102 pasienter (tilsvarende 16,6 %) ble rapportert avsluttet på grunn av dødsfall.

Figur 5. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvbestemt og dødsfall) 2005-2021.



Utskrivningene har økt i takt med økt antall som er i behandling. Svært få har blitt utskrevet mot sin vilje etter 2008 og bruken av utskrivningsvedtak har vært stabilt lavt siden 2014 (i gjennomsnitt 60 per år), til tross for flere som mottar behandling. Figur 5 viser at hovedgrunnen til behandlingsavbrudd er selvbestemt avslutning. Andelen dødsfall er nokså konstant (for detaljer se kapittelet om dødsfall i LAR).

Vurderinger av praksis for inntak og utskrivninger

Utviklingen

Samlet sett stiger antallet i LAR fortsatt, men vesentlig mindre enn før 2014. Inntakene har vært noe redusert de senere årene, mens trenden knyttet til nye pasienter som kommer til istedenfor re-inntak ser ut til å holde seg stabil. Dette bekrefter at det fortsatt er behov for å nå frem til nye grupper som kan ha nytte av LAR-behandling. Pasientene som søkes til LAR blir rettighetsvurdert i forhold til prioriteringsveilederen og starter raskt i behandling. Som de senere årene, er det få pasienter som ikke får rett til LAR, noe som tyder på veletablerte søknadsrutiner også inn til denne delen av TSB.

Utskrivningspraksis har endret seg betydelig de senere årene i en retning hvor man i størst mulig grad tilrettelegger for vedlikehold uavhengig av rusmestring eller rehabiliteringsmål.

ORGANISERINGEN AV LAR

LAR er del av TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i spesialisthelsetjenesten, organisert i de enkelte helseforetakene. LAR-tilbudet er organisert som samarbeid mellom helseforetakets enhet for rusbehandling, helse- og sosialtjenesten i den kommunen pasienten er bosatt i og fastlege. LAR holder fast ved modellen av ansvarsgruppe-samarbeid, fortrinnsvis med kommunalt forankret individuell plan som sikrer organisering av sammensatte og langvarige tjenester.

LAR organiseres i polikliniske enheter som dels samlokaliseres med psykiatriske poliklinikker, DPS. Det er i tidligere rapporter beskrevet seks ulike organisasjonsmodeller for LAR, men grenseoppgangen mellom de enkelte modellene kan være flytende (f.eks. Ruspoliklinikk- og LAR-team-modell). Allerede etablerte forhold er ofte førende for hvordan LAR organiseres lokalt. Dersom pasienttilfanget er stort er det naturlig å fordele ansvar mellom ulike LAR-tiltak, og det vil da være fullt mulig å etablere ulike organisasjonsmodeller i samme helseforetak.

Vurderinger av struktur og ressurser

Organiseringen som et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester har muliggjort at behandlingen i dag er tilgjengelig i alle landets kommuner. Strukturen skal sikre tydelige ansvarsforhold og ledelse selv om LAR ikke alle steder er et eget ledelsesområde. Den gir mulighet for samarbeid, men ansvarsforhold oppleves likevel ikke sjelden utydelig. Praksis når det gjelder samarbeidet og integreringen varierer betydelig. Utviklingen vil avhenge av kunnskap og interesse for LAR i generell TSB.

Helheten i behandlingen vil på flere vis være avhengig av kommunale prioriteringer og kommunale ressurser. Dette kan medføre forskjeller i tilbud men også at tilbudene kan utformes i forhold til problemtrykk i de enkelte kommunene. LAR er som det fremgår organisert på flere til dels svært ulike måter med ulike fordeler og ulemper. Nært samarbeid med kommunale tjenester gir lettere kontinuitet og aktivt kommunalt rehabiliteringsarbeid. Nærhet til psykiatriske tjenester som i en DPS-modell kan forutsettes å øke tilbud og kontinuitet i behandlingen av psykiske lidelser. De ulike modellene for spesialisert LAR-behandling kan lettere utvikles med differensiert rusbehandling og behandling av samtidige ruslidelser. Det er behov for systematisk evaluering på dette området.

LAR omfatter i dag et tydelig skadereduksjonsperspektiv i tillegg til rehabiliteringsmålsettingen. Dette har medført flere viktige endringer i behandlingsideologi og arbeidsform. Endringene er innarbeidet i noe ulik grad i helseforetakene, og dette er noe av forklaringen på ulikheter i behandlingsopplegg og resultater. Men alt i alt er det en styrke ved LAR-behandlingen i Norge at den omfatter både behandling med høye rehabiliteringsmål og -resultater og behandling med stabiliserende og skadereduserende innretting.

STATUSUNDERSØKELSEN 2021

Svarprosent

Nasjonalt ble det rapportert statusskjema fra 7426 pasienter mens det var 8198 som mottok LAR ved årsskiftet 2021/22. Svarandelen var på 81 %, noe som er betydelig lavere sammenlignet med 2020 (92 %). Det er pasientens koordinator eller hovedansvarlig behandler som skal fylle ut skjemaene. Vi har fått rapportert at det i perioden der utfylling av Statusskjemaene foregikk var betydelig sykefravær (Covid-19 relatert) blant de ansatte, som kan være en bidragende forklaring på fall i svarprosent fra 2021.

Svaralternativet «ukjent» er lite brukt ved de fleste spørsmål om pasientenes situasjon og pågående behandling, men graden av usikkerhet er noe høyere når det gjelder konkrete psykiske vansker (ca. 13 % «ukjent») de siste 4 ukene.

Spørsmålene om pasienten har individuell plan viste like stor grad av usikkerhet som årene før (10 % i 2021). Somatisk helse siste 4 uker var ukjent for 10 % av pasientene, mens spørsmålene om «bruk av rusmidler siste fire uker» viste noe høyere usikkerhet på rundt 15 % med «ukjent» som svar. Dette gjaldt i noe mindre grad vurderingsspørsmålene om hyppighet (12 % ukjent) og alvorlighet (13 % ukjent) av bruk.

Som året før viste spørsmålene som gjaldt hele siste året noe høyere grad av usikkerhet enn totalen: Andel «ukjent» svar for siste året var mellom 10 % og 15 %. Pasientens grad av fornøydhet var ukjent i 22 % av svarene, omtrent som året før. Dette synes å samsvare med at pasientene i totalt 26 % av tilfellene ikke deltok i besvarelsene, noe som utelukker egenvurdering av fornøydhet.

Til tross for jevnt over god datakvalitet, er det for mange manglende svar om pasientens aktuelle behandlingssituasjon (svarprosent er her på 68 % sammenlignet med 81 % totalt). Samtidig svarer enkelte tiltak dette ut like godt som de resterende spørsmålene. Differansen i svarprosent mellom behandlingssituasjon og de resterende spørsmål ble også påpekt i fjorårets rapport. Vi vil revidere dette spørsmålet ved neste revisjon av Statusskjemaet.

Konklusjonen er at det er en viss usikkerhet knyttet til noen spørsmål hvor relativt høy andel av svarene er ukjente for rundt 1 til 2 av 10 pasienter. Utover det synes utfyllerne gjennomgående å ha god kjennskap til pasientens tilstand. Den høye andelen som ikke vet om pasienten er fornøyd bør imidlertid reduseres ved å trekke pasienten inn i utfylling av statusundersøkelsen, der dette ikke er praksis.

Vurderinger av undersøkelsen

Svarprosenten i årets statusundersøkelse er lavere enn den har vært ved tidligere år, muligens forklart med uvanlig høyt fravær (Covid-19 relatert) blant ansatte i perioden Statusundersøkelsen ble gjennomført. Svarprosenten er likevel relativt god på de fleste enkeltspørsmålene i undersøkelsen, og de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien "ukjent"). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden for den enkelte pasient, og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler de siste fire ukene før utfylling. Selv på de vanskeligste områdene har svarerne ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i omtrent 85 % av tilfellene.

DEL A: AKTUELL SITUASJON - DELTAKERNE OG LAR-TILTAKENE

Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen i 2021 var 47 år. Tabell 1 illustrerer den gradvise aldringen av hele populasjonen i LAR. De gjennomsnittlig eldste pasientene i 2021 kommer fra Vestfold, Oslo, Asker/Bærum, Innlandet (49 år), mens de yngste kommer fra Førde (43 år i gjennomsnitt) og Finnmarkssykehuset (42 år). Det er som tidligere nokså liten forskjell mellom LAR-tiltakene.

Kjønnsfordelingen har holdt seg stabilt med en kvinneandel på rundt 30 %.

Tabell 1. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gj.snittsalder (år)	42	41,9	42,7	43,4	43,7	44,3	44,9	45,6	46,1	46,5	47
Andel kvinner (%)	29,6	29,8	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3	30,5	30,4	30,1

Utviklingen ble analysert i statusrapporten for 2017 data¹. Rapporten ([last ned her](#)) inneholder en detaljert gjennomgang av hvordan kjønn og alder samvarierer med behandlingsvalg og ulike resultater.

Tabell 2 viser at pasientene i LAR blir stadig eldre og at andelen over 50 år nå er på 40 % sammenlignet med 25 % fem år før (2015). Andelen LAR-pasienter over 60 år er i 2021 tredoblet sammenlignet med 2015. Økt alder medfører ofte somatisk samsykelighet, og aldringen har dessuten betydning for tilpasningen av LAR-tilbudet og behandlingsresultater.

Tabell 2. Aldersfordeling

Aldersgruppe	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	2020 %	2021 %
Under 21	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
21-25	2	1,6	1,5	1,1	1,0	1,1	1,0
26-30	6	6,5	6,3	5,7	5,5	5,1	4,2
31-40	30	27,6	26,3	25,4	24,9	23,6	23,5
41-50	37	36,3	35,0	34,7	33,7	33,4	32,4
51-60	22	24,1	25,7	26,7	27,4	27,8	28,7
60+	3	3,9	5,3	6,3	7,5	8,9	10,2

Tabell 3 nedenfor viser en oversikt over LAR-tiltakene i undersøkelsen. Alle tiltak rapporterte enkeltvis og er gruppert slik det fremgår av tabellen. Denne grupperingen går igjen i den videre fremstillingen. Med «LAR-tiltak» menes legemiddellassistert rehabilitering slik den er organisert i helseforetakenes TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). LAR-forskriften gjelder for all behandling av opioiddominert avhengighet. Etter 2004 er LAR sentrene gradvis blitt integrert i spesialisthelsetjenesten. Det er rom for stor lokal variasjon mht. organisering av trepartssamarbeid mellom LAR, første linje (fastlege, etc.) og NAV.

¹ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH (2017) SERAF rapport 1/2018, Kjønn og alder i LAR. Oslo: UiO og OUS

Tabell 3. Deltakende LAR sentre i 2021 og grad av pasientinvolvering (%).

Region (med antall som svarte)	LAR-tiltak*	Pasienter rapportert inn (antall)	«Har pasienten selv deltatt i utfyllingen?» (%)	Trend** sammenlignet med året før
Nord (643)	Nordlandssykehus	213	74,6	≈
	Universitetssykehus Nord-Norge	280	65,7	↓↓
	Finmarkssykehus	48	83,3	↑↑
	Helgelandssykehus	102	63,7	↑↑
Midt (658)	Nord Trøndelag	92	80,4	↑
	Møre & Romsdal	204	75	↓
	St. Olav	362	80,7	↑
Vest (1570)	Førde	82	68,3	↑
	Fonna	256	78,7	↓
	Bergen	726	52	≈
	Stavanger	506	82,6	≈
Sør (1576)	Sørlandet	605	82,1	≈
	Telemark	317	86,4	↑
	Vestfold	316	87,9	↑
	Drammen	184	76,1	↑↑
Øst (2149)	Asker & Bærum	154	50	↑↑
	A-Hus	518	74	↓
	Oslo Universitetssykehus	737	73,8	↑
	Innlandet	392	80,4	↑
	Østfold	502	67,5	↑

* LAR-tiltakene er her fordelt på fem regioner (fra de fire helseforetak) og presenteres i rapporten som disse 20 tiltakene. Noen ganger følger LAR-tiltakene fylkesgrenser, andre ganger sykehusets opptaksområder. Eksempelvis rapporterer A-hus for LAR-pasienter i Kongsvinger og for de sør og øst for Oslo samt 3 av Oslo sine bydeler. St. Olav (region Midt) har Trondheim og det sørlige Trøndelag som LAR opptaksområde. Oppland består her av Gjøvik og Lillehammer, som sammen med LAR i Hedmark inngår i Sykehuset Innlandet Helseforetak. Sørlandet sykehus er sammensatt av Aust- og Vest-Agder, mens LAR i Vestre Viken Helseforetak er representert av Drammen og Asker & Bærum.

** omtrent samme nivå er angitt med ≈ og definert innenfor maks ± 2 % endring. Store endringer (minst 10 prosentpoeng) er markert med doble piler.

Vurderinger

Andelen pasienter 30 år og yngre fortsetter å være lav (5 %), mens andelen over 50 år øker. På lik linje med utviklingen i resten av befolkningen, medfører høyere alder også for LAR pasienter lavere aktivitetsnivå som her gir seg uttrykk i større grad av etablering med varig trygd og fast bolig. Kvinneandelen har helt fra starten av LAR ligget rundt 30 %. Dette tilsvarer omtrent kjønnsandelen i populasjonen med alvorlige rusproblemer i Norge.

En egen rapport om kjønn og alder² har satt søkelys på dette.

² Waal H, Bussesund K, Claussen T og Lillevold PH: SERAF rapport 1/2018. Kjønn og alder i LAR. Oslo; UiO og OUS.: 2017.

Smittestatus: hiv, hepatitt C og covid-19

Opioid avhengighet følges ofte av sprøytebruk og for noen, deling av injiseringsutstyr og derfor også av smitte. Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om smittestatus med tre ulike virus: hiv, hepatitt C (HepC) og i tillegg noen spørsmål om Covid-19.

Humant immunsvikt virus - hiv

I den generelle befolkningen i Norge registreres det hvert år mellom 200 og 250 nye tilfeller av hiv. Antall nyinfeksjoner er synkende. Tablettbehandling (ART – anti retroviral therapy) har vært tilgjengelig siden 1997. Denne behandlingen har vist seg over tid svært effektiv ved å betydelig redusere både smitterisiko og alvorlige følgetilstander. Forutsatt at pasienten kan etterleve livslang, daglig ART-tablettinntak, forhindrer moderne hiv-behandling nesten helt immunsvikt og påfølgende AIDS-relatert død.

Blant LAR-pasienter er andelen hiv-smittede i 2021 omtrent like lav som årene før (1,0 %). De fleste hiv-smittede LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus (2,6 %), men det er også rapportert om hiv-smitte i de andre tiltakene i Helse Sør-Øst, og noen i Vest. Andelen med pasienter som har ukjent hiv-status er høyest i region Midt (16,7 %) og fortsetter å være uønsket høy (rundt 8,2 %) også på landsbasis. Siden LAR-pasienter er i risikogruppen for hiv smitte og mottar spesialistbehandling over lang tid bør det være et mål å tilby testing og behandling for hiv til alle som ønsker dette.

Hepatitt C

Hepatitt C virus har vært svært utbredt blant mennesker som injiserer rusmidler. Samtidig er det etablert god behandling for en rekke genetiske undertyper. De senere årene har det tilkommet behandling som baserer seg utelukkende på tabletter. HepC utredning og behandling er prioritert både for mennesker som injiserer rusmidler og for LAR-pasienter. Ifølge FHI³ er de hyppigste undertypene hos oss HCV genotype 3 (som utgjør ca. 50 %) og den globalt dominerende HCV genotype 1 (ca. 40 % i Norge) Begge har forholdsvis god behandlingsprognose dersom oppfølging skjer tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunkt er alle i LAR nå aktuelle for slik behandling og pasientene bør derfor utredes med antigenundersøkelser. Siden det ikke finnes HCV-vaksine, er re-infeksjon med HepC mulig, noe som tilsier behovsstyrte screening undersøkelser i risikogrupper (f.eks. ved aktivt sprøytebruk). Dette bør foretas oftere enn kun ved inntak i LAR-behandling.

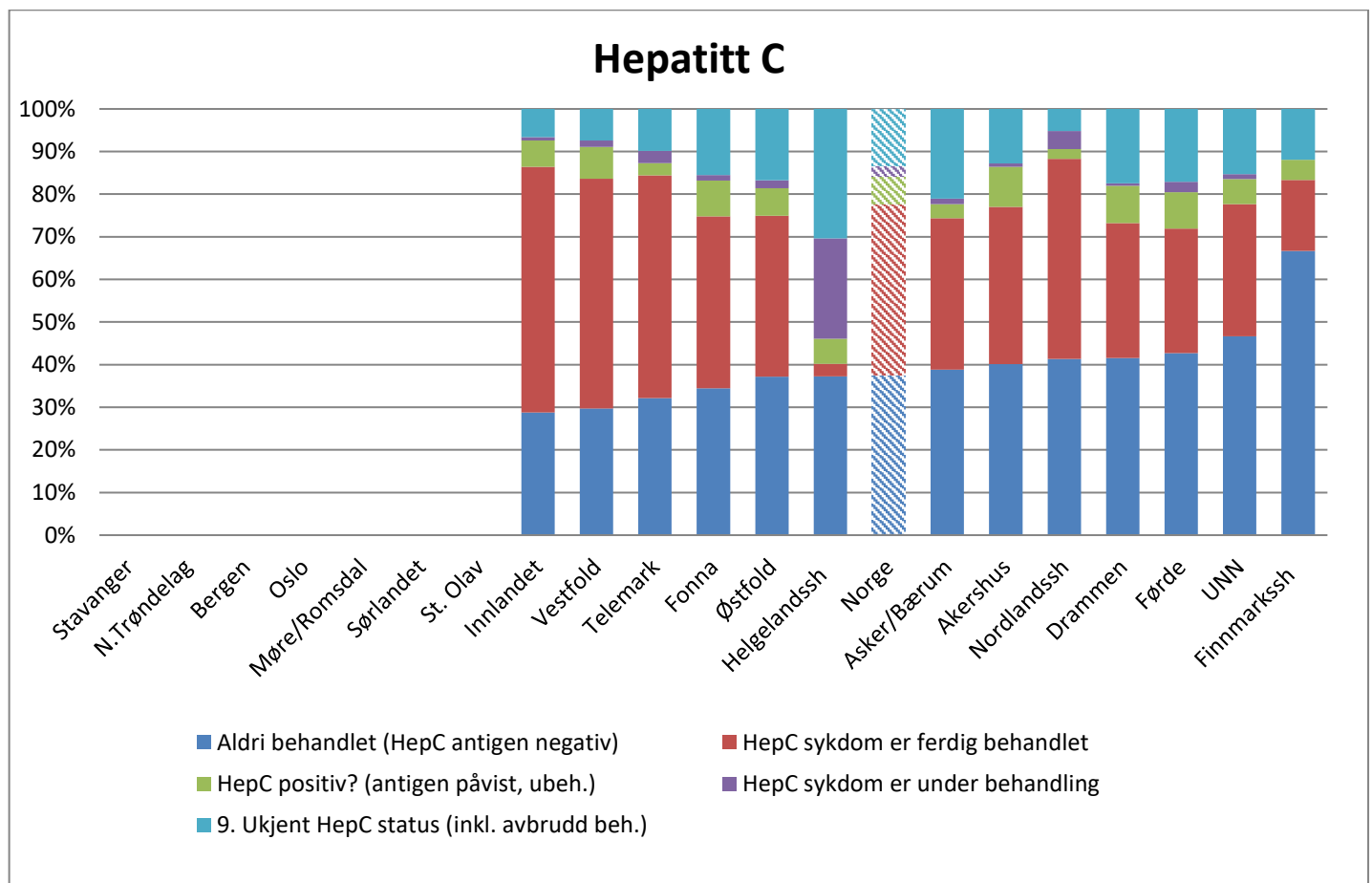
Vår hepatitt C rapportering har hittil vært upresis ved at den ikke kunne skille mellom gamle og nye infeksjoner. Den kunne heller ikke brukes til å anslå smittestatus da dette krever påvisning av virus-antigen. Dette skyldes til dels at HepC kartlegging er omfattende ved at det kreves spesialkunnskap og til dels at mulighetene for kartlegging er begrenset ved at det gjennomføres kun en gang i året. Som følge av fornyet behandlingsoptimisme og den nasjonale strategien for utrydning av hepatitt C innen 2023⁴ har vi gjort tilpasninger i rapportering. De siste to år har vi forsøkt å gjennomføre en mer nyansert, objektiv kartlegging av smittestatus. Samtidig gjenstår det fortsatt å få rapportert på dato for måling av HepC antigen (med genetisk undergruppe) samt tidsrom for gjennomgått behandling med resultat.

I årets statusrapport har vi kun benyttet svar fra tiltak som har levert svar fra det oppdaterte skjemaet for 2021 (jf. Figur 6 under). De resterende tiltakene har enten benyttet det gamle skjemaet fra 2020 (hvor svaralternativene ikke har blitt oppdatert) eller en blanding av skjemaet for 2020 og 2021. Dette kan skyldes knapp tidssfrist for å få oppdatert skjemaene i IT-systemene i tiltakene, og bruk av ulike DIPS varianter (classic eller arena).

FHI, ³Hepatitt C - veileder for helsepersonell <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers>

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023

Figur 6. Hepatitt C i utvalgte LAR-tiltak. Andelen ukjent i «Norge» er relativt høy (13 %). Merk at «Norge» her ikke omfatter hele landet, men heller «totalen» av tiltak slik de fremgår av oversikten. Stavanger, Bergen, Oslo og tiltakene på Sørlandet og i Helse Midt mangler.



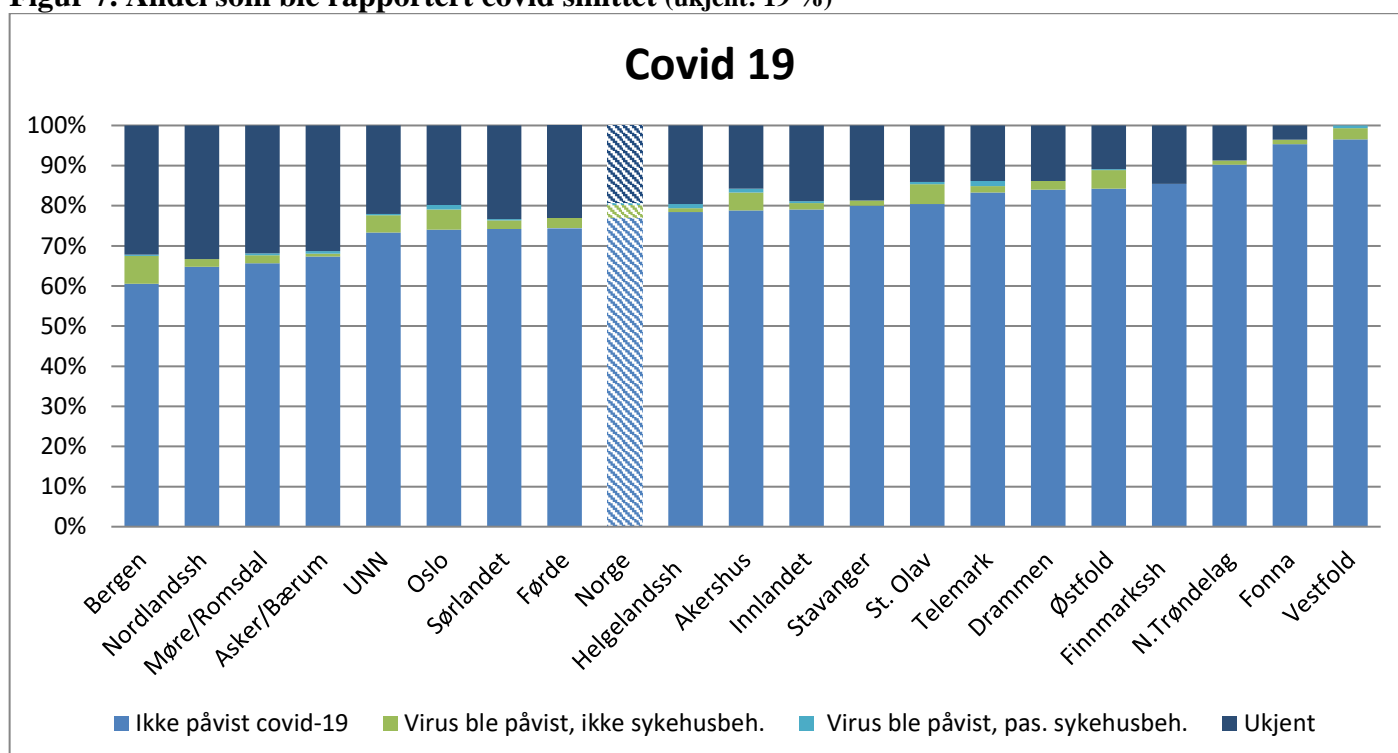
	Aldri behandlet (HepC antigen negativ)	HepC sykdom er ferdig behandlet	HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)	HepC sykdom er under behandling	Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)
Innlandet	29 %	58 %	6 %	1 %	7 %
Vestfold	30 %	54 %	7 %	1 %	7 %
Telemark	32 %	52 %	3 %	3 %	10 %
Fonna	34 %	40 %	8 %	1 %	16 %
Østfold	37 %	38 %	6 %	2 %	17 %
Helgelandssh	37 %	3 %	6 %	24 %	30 %
Norge	38 %	40 %	6 %	2 %	13 %
Asker/Bærum	39 %	36 %	3 %	1 %	21 %
Akershus	40 %	37 %	9 %	1 %	13 %
Nordlandssh	41 %	47 %	2 %	4 %	5 %
Drammen	42 %	32 %	9 %	1 %	17 %
Førde	43 %	29 %	9 %	2 %	17 %
UNN	47 %	31 %	6 %	1 %	15 %
Finnmarkssh	67 %	17 %	5 %	0 %	12 %

Merk at svaralternativet «Hep C positiv, antigen påvist, ubehandlet» innebærer behov for videre utredning i spesialisthelsetjenesten og eventuelt behandling. Vi tar sikte på at til neste års undersøkelse vil alle tiltakene ha oppdatert sytemene slik at vi får samme svar fra alle tiltak.

Covid-19

På bakgrunn av pandemien ble det lagt til et sett med spørsmål om Covid-19 og behandling for dette. Formålet var å kunne skille mellom smitte, alvorlighetsgrad og kjenskap til dette. Data for 2021 fremgår av figur 7. De nasjonale tallene viser at 3,4 % fikk påvist virus og ytterligere 0,5 % som trengte sykehusbehandling for sykdommen. Hovedandelen av LAR-pasienter (77 %) var ikke smittet av covid-19. Andelen ukjent er 19 %.

Figur 7. Andel som ble rapportert covid smittet (ukjent: 19 %)



Vurderinger av smittestatus

Undersøkelsen bekrefter liten utbredelse av hiv i LAR-populasjonen. Et gjennomsnittsnivå på omtrent 1 % hiv-smittede er svært lavt i internasjonal sammenheng. Det er imidlertid beymringsfullt at andelen med ukjent hiv-smittestatus fortsetter å være høy på landsbasis (8,2 %) og forblir høyest i Region Midt-Norge (17 %).

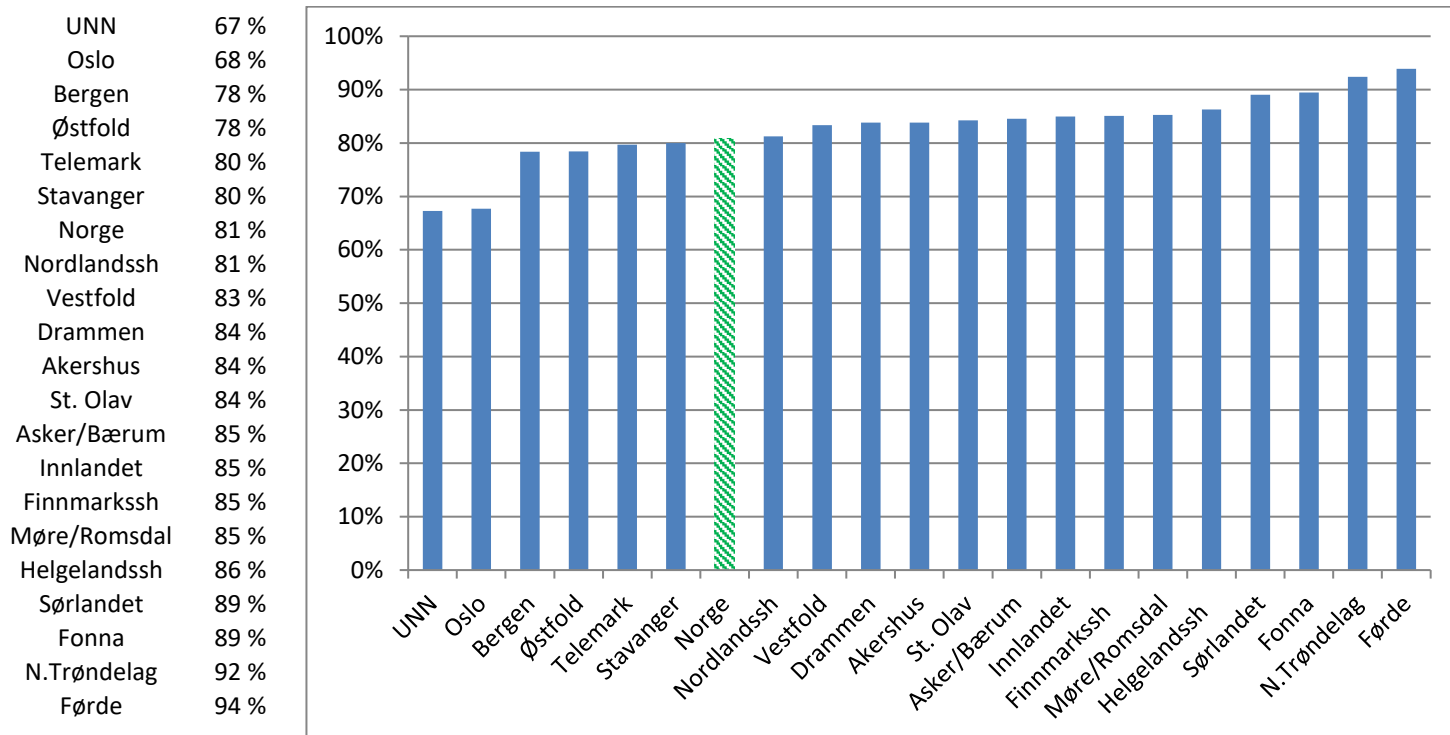
Basert på årets tall for Hepatitt C, så har 40% blitt ferdigbehandlet for sin Hepatitt i tillegg til at 38% ikke har sykdommen, basert på antigen tester. Det er gode tall, og gir håp om å kraftig redusere forekomst av denne sykdommen blant LAR pasienter for fremtiden. Videre arbeid med utredning, diagnistisering, og behandling i pasientgruppen er viktig for å nå det langsiktige målet å utrydde Hepatitt C. I tillegg er selvsagt tilgang på rent brukerstyr viktig for gruppen som fortsatt er involvert i injisering av rusmiddel.

Pasientenes situasjon

Boligforhold

Figur 8 viser at andelen med egen bolig er 81 %, omtrent som årene før. Andelen i Oslo er noe lavere (68 %) og ligger klart under gjennomsnittet.

Figur 8. Andel med egen leiet eller eiet bolig (ukjent Norge = 1,4 %)



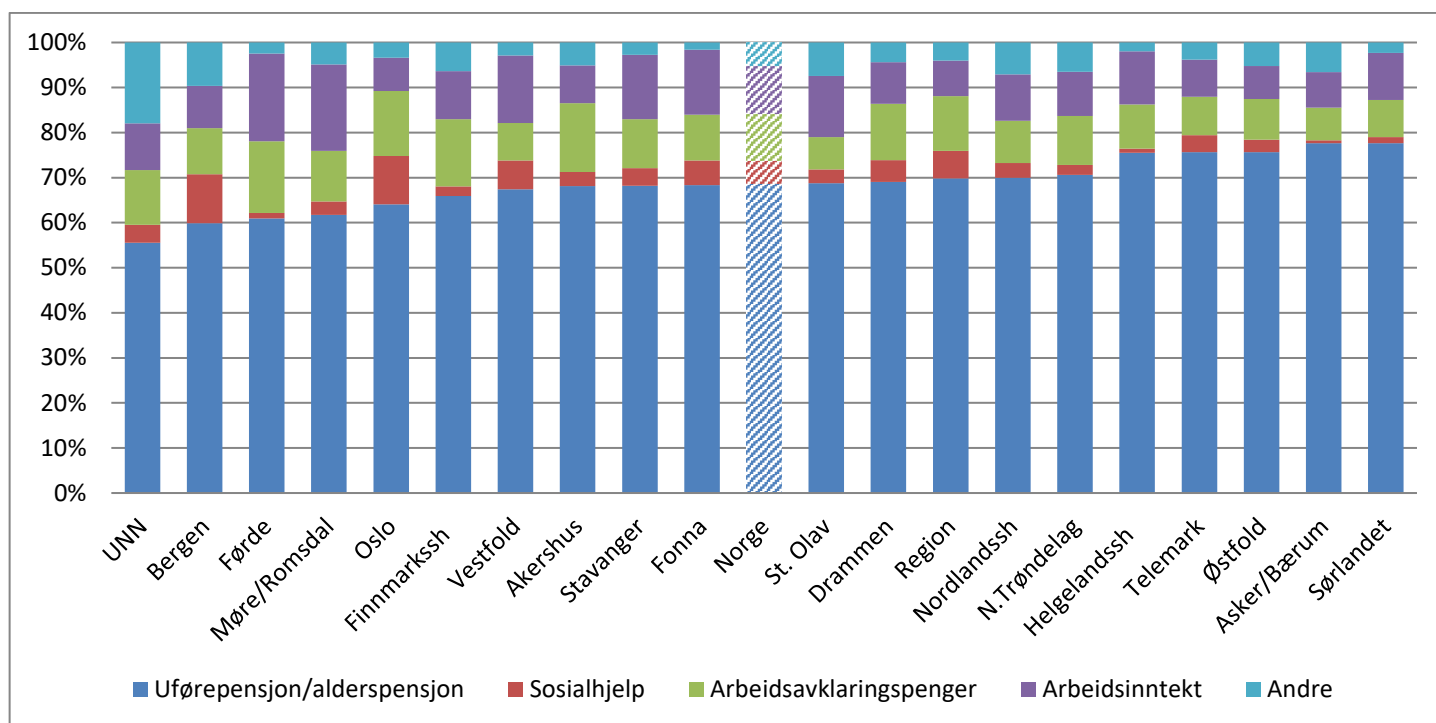
Sosial funksjon

Andelen pasienter som er uten inntektsgivende arbeid og heller ikke er under utdanning, har vært stabil rundt 81% siden 2013. I 2021 er sysselsettingen bedre enn det nasjonale gjennomsnittet i Førde (21 % i heltidsjobb) og Møre og Romsdal (18 % i heltidsjobb). Dette kan fortolkes på bakgrunn av at disse regionene tradisjonelt har en høy andel sysselsetting i den generelle befolkningen. Dette kan påvirke LAR-populasjonen på en positiv måte.

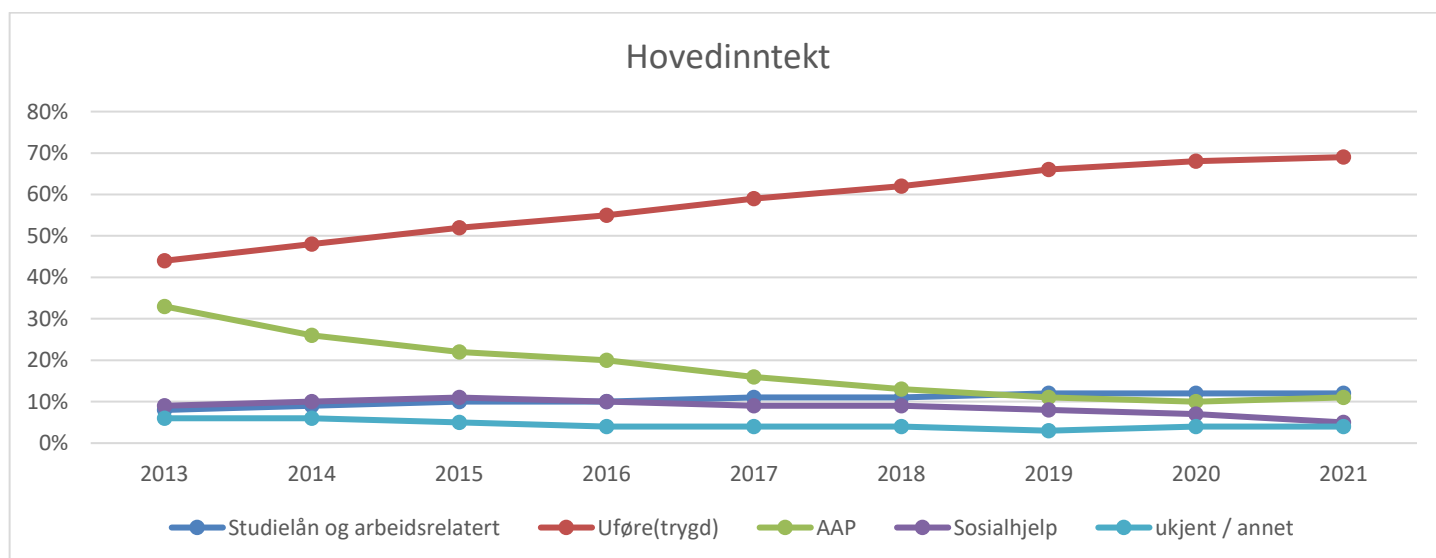
Hovedinntektskilde

Figur 9 viser viktigste inntekt i 2021 og Figur 10 viser utviklingen over tid. På landsbasis hadde 69 % uføre eller alderspensjon, 11 % hadde arbeids-avklaringspenger og 5 % økonomisk sosialhjelp som sin viktigste inntekt, mens 11 % hadde arbeidsinntekt. Andelen med uføre eller alderspensjon var relativt stabilt sammenlignet med året før (jf. Figur 10). I lys av en aldrende LAR-populasjon med nær 40% med alder over 50 år, er det ikke uventet at en høy andel LAR pasienter er enten alderspensjonister eller arbeidsuføre.

Figur 9. Viktigste inntekt (Ukjent = 2,9 %)



Figur 10. Utviklingen i trygd og arbeidsavklaringspenger 2013 - 2021.



NB: Studielån og arbeidsrelatert inntekt inkluderer også dagpenger og sykepenger.

Regelverket for AAP ble innstrammet med virkning fra 1.1.2018 da makstiden ble redusert fra 4 til 3 år. Samtidig beholdt man muligheten for totalt 5 år etter søknad. For vår populasjon ser endringen hittil ikke ut til å ha påvirket utfallet. Uførepensjon/alderspensjon har i flere år vist seg å være mer relevant enn AAP som hovedinntektskilde.

Vurderinger

Langt de fleste har en ordnet bosituasjon og hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området. Oslo og UNN skiller seg ut med noe lavere andel med egen bolig. Bostedsløshet blant rusmiddelbrukere synes som et storbyproblem, men samtidig ser det ut som om Trondheim og Drammen har lykkes bedre når det gjelder bosetting av LAR-pasienter.

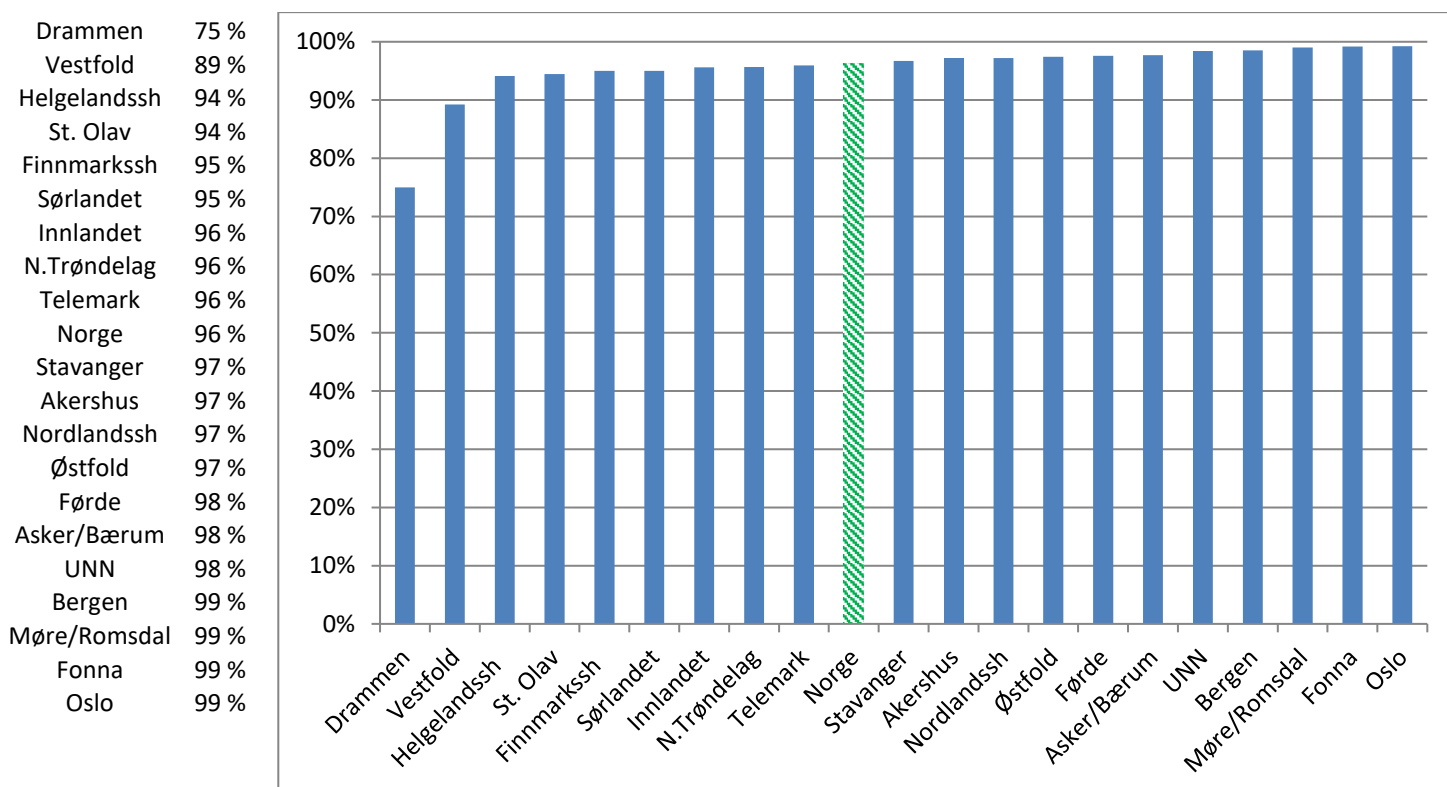
Undersøkelsen viser som tidligere at den store majoriteten har fått en ordnet sosial situasjon. Få er i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet, og den langt viktigste inntekten er blitt uføre og alderspensjon. Få har sosialhjelp som viktigste inntekt. Få har også arbeidsinntekt og andelen med arbeidsavklaring er relativt lav. En hovedforklaring på dette er høy sykелighet og økende alder i pasientgruppen. Utfordringen for tiltaksapparatet blir dermed å skape tiltak som kan fremme deltagelse i daglig meningsfull og sosial aktivitet for pasientene og dermed bidra til å motvirke isolasjon og ensomhet. Denne typen innsats gjelder ikke minst for personer som mottar uførepensjon, som med det står i fare for å være uten den sosiale dimensjonen som arbeidsdeltagelse ville gitt. Siden andelen over 67 år øker i pasientgruppen, vil det være en økende andel med alderspensjon.

DEL A: BEHANDLINGEN

Under behandling eller avsluttet?

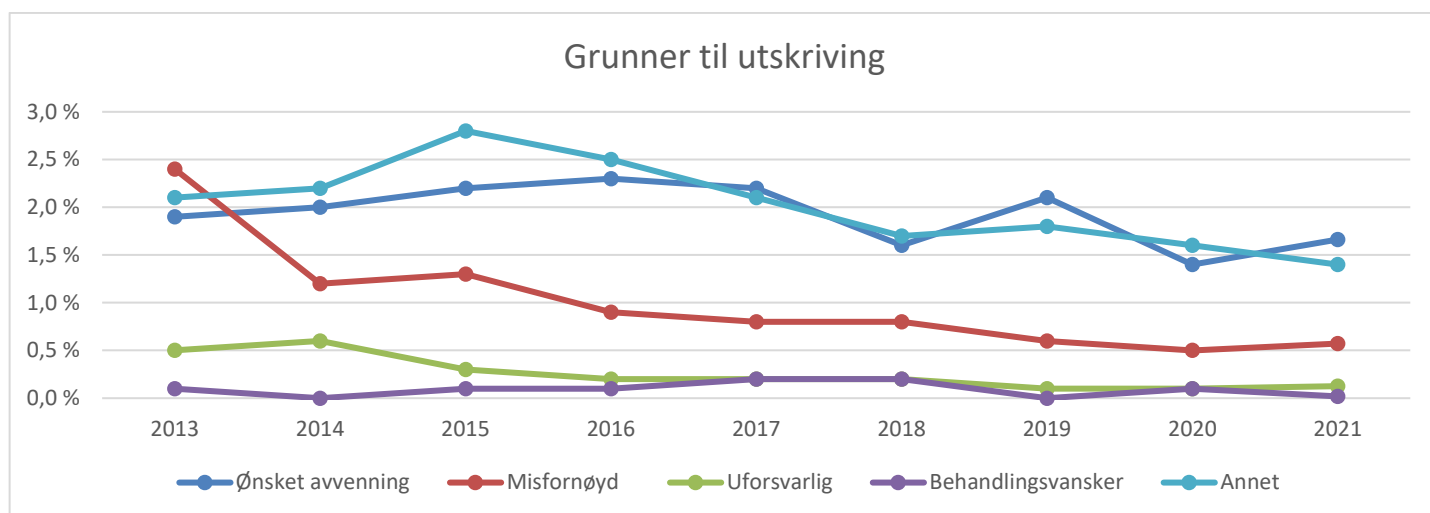
Blant de som svarte på undersøkelsen (totalt 6596), foreligger det opplysninger om behandlingsstatus hos 83 % av disse. Blant de vi har informasjon om, er nesten samtlige (96 %) i behandling ("ikke utskrevet"). Samtidig er det verdt å merke seg at dette spørsmålet over tid har vist noe lavere svarprosent enn alle andre spørsmål i statusundersøkelsen.

Figur 11. Andel i behandling («ikke utskrevne») nasjonalt og i de ulike tiltakene*



* Figuren er basert på statusundersøkelsens første spørsmål som over tid har vist omtrent 15 % lavere svarprosent enn de resterende.

Figur 12. Grunner til utskriving 2013 – 2021



*Det ble registrert 102 dødsfall i LAR i 2021, derav skjedde 63 % i Helse Sør-Øst, [se eget kapittel](#).

Figur 12 gir en oversikt over ulike årsaker for avsluttet behandling over tid. Andel utskrivinger i perioden 2013-2021 er lavere enn 5 % og stabil over tid.

I gruppen «andre» kommer også de som er avsluttet på grunn av dødsfall*. Andelen som er utskrevet mot egen vilje, dvs. kodet som uforsvarlig eller for vanskelig å behandle har blitt redusert. Dette kan tyde på kvalitetsforbedringer over tid, slik at de alvorligst syke i større grad beholdes i LAR-behandling.

Vurderinger av utskrivinger

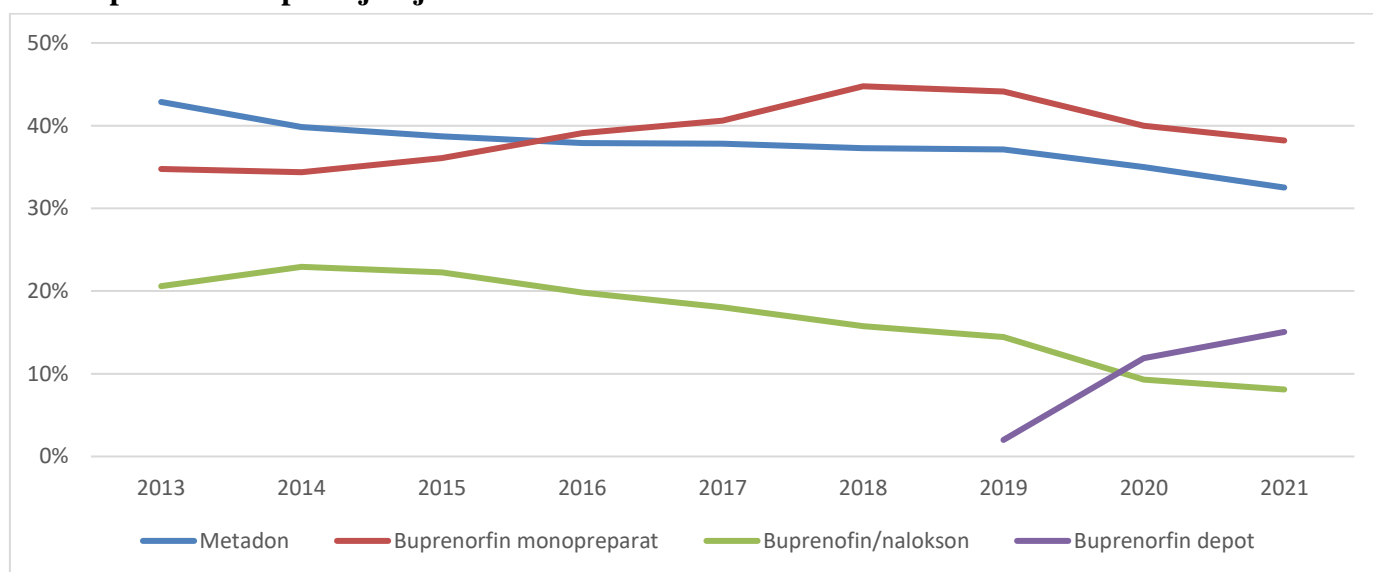
Blant dem som avslutter LAR-behandling er det en del som faller ut av behandling ved at de plutselig ikke lenger henter medisinen sin ("drop-out"). Blant resten ser det ut til at den dominerende begrunnelsen er et ønske om trappe ned/slutte i LAR samt å være aktivt misfornøyd med behandlingen i LAR. Svært få pasienter skrives ut begrunnet med vansker i behandlingen samt at behandlingen oppleves som uforsvarlig fordi pasienten har en for vanskelig atferd med trusler om vold e.l.

DEL A: MEDIKAMENTELL BEHANDLING

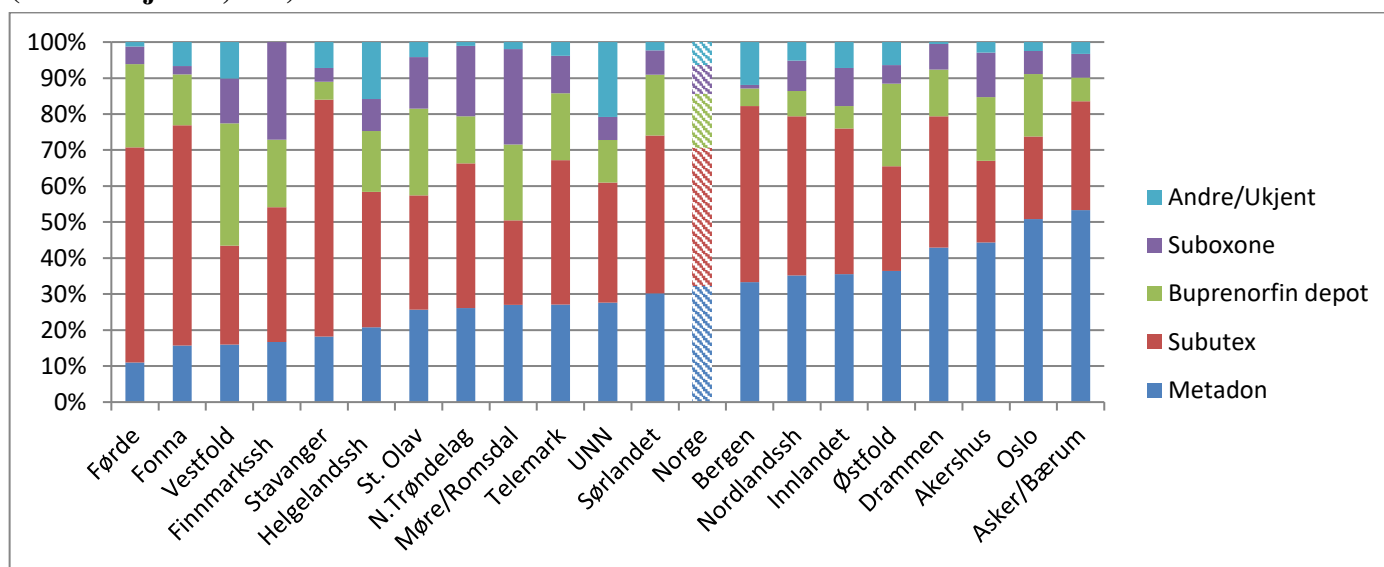
Valg av medikament

På landsbasis ble 33 % av pasientene behandlet med metadon i 2021, en svak nedgang fra året før som holder frem den synkende trenden, mens buprenorfin har økt jevnlig de siste fem årene (jf. Figur 13). I 2021 var andelen buprenorfin monopreparat noe lavere enn tidligere (38 % istedenfor 40 % året før) og det samme gjelder kombinasjonspreparat buprenorfin/nalokson (8,1 % istedenfor 9,3 % året før). Andelen som svarte «andre/ukjent» var rundt 6 % i 2021. Nytt i fjorårets rapport er et eget spørsmål om buprenorfin depot injeksjon (både 1 og 4 uker). Andelen ble anslått til rundt 2 % i 2019, men ligger nå betydelig høyere, på 15 % i 2021. Dette er det andre året hvor det er spurt eksplisitt om bruken av buprenorfin depot (jf. Figur 13)..

Figur 13. Andelen som fikk vedlikehold med metadon, buprenorfin monopreparat, buprenorfin/nalokson eller buprenorfin depot 2013 - 2021.



Figur 14. Andel behandlet med de ulike medikamentene i 2021, sortert etter økende metadonandeler (andre/ukjent 0,7 %)



Figur 14 viser at noen LAR-tiltak skiller seg ut med høyere andel som bruker kombinasjonspreparatet buprenorfin-nalokson. Tiltakene det gjelder er Møre og Romsdal og Finnmarkssykehuset spesielt med andeler på mer enn 25 % bruk av buprenorfin-nalokson. Som året før har andre tiltak spesielt høyt bruk av buprenorfin monopreparat. De fleste av disse ligger i Vest-Norge (Førde, Stavanger, Fonna, Bergen). Østlandsområdet har fortsatt den høyeste bruken av metadon. Dette kan delvis forklares historisk. Buprenorfin ble først tilgjengelig for LAR i 2002. På 90-tallet startet alle pasienter med metadon, og de tiltakene som fortsatt i dag har en betydelig populasjon som startet i denne perioden vil naturlig ha flere i behandling med metadon.

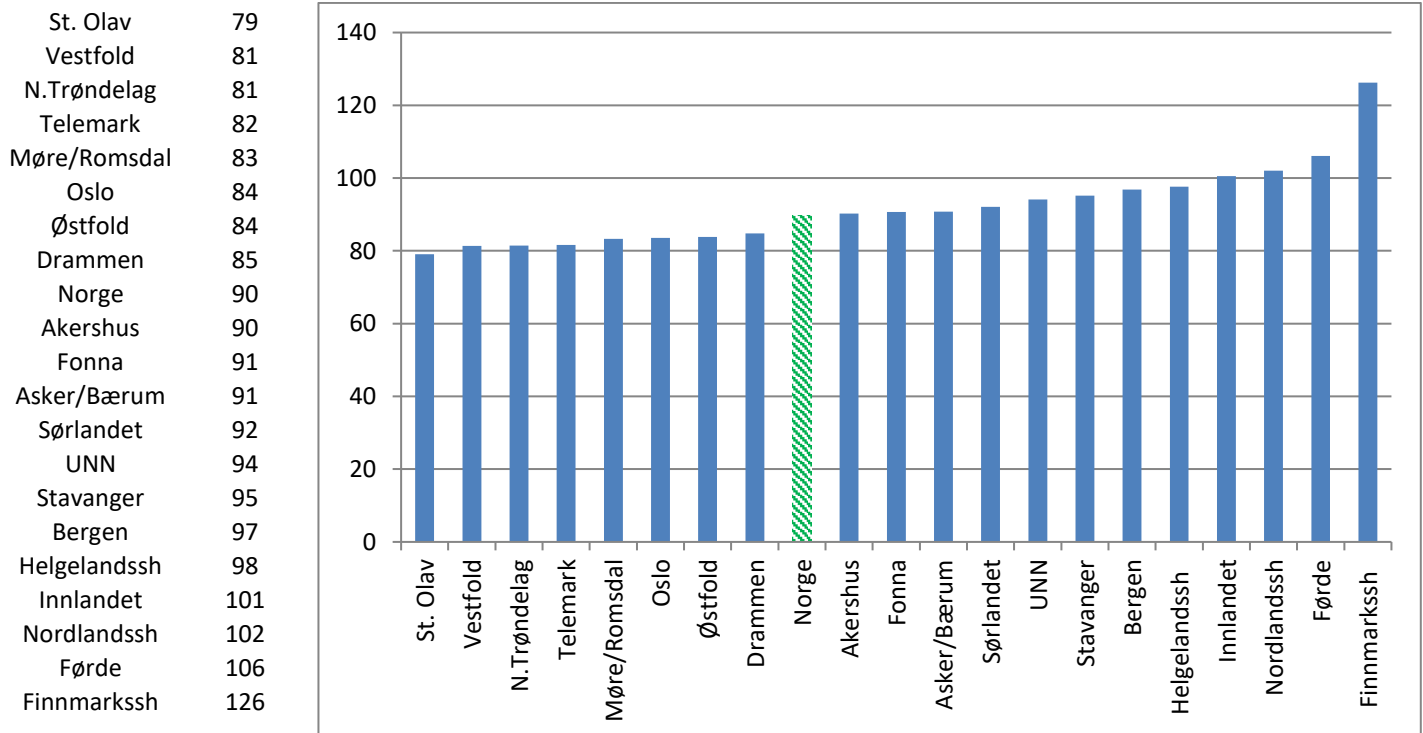
Mens det i 2020 var ca 3 % som fikk «andre» preparater, var denne andelen økt til 5,4 % i 2021. Buprenorfin depot injeksjoner ble for første gang inkludert som egen kategori i 2020, og andelen økte fra nesten 12 % i 2020 til 15% i 2021. Det er 34% av LAR pasientene i Vestfold som mottar buprenorfin depot, mens tilsvarende andel i Stanvanger er kun 5%, med andre ord betydelig lokal variasjon.

Dosering

Den gjennomsnittlige dosering av metadon i 2021 var 90 mg, og dosen har dermed vært relativt stabil de siste tre årene (89 mg i 2020 og 91 mg 2019). Det siste tiåret viser likevel en jevn reduksjon i doseringsnivå av metadon siden 2011 da gjennomsnittet var på 103 mg. Figur 15 viser doseringsnivået av metadon i de ulike LAR-tiltakene og nasjonalt. Variasjonen er liten og for det meste innenfor anbefalte grenser på 80 – 110 mg/dagen.

De høyeste dosene er igjen rapportert fra Finnmarkssykehuset med 126 mg metadon/døgn (året før 149 mg). Årsaken til dette kan skyldes enkelte pasienter med behov for høye doser, noe som vil påvirke gjennomsnittet i en liten gruppe til å bli noe kunstig høyt

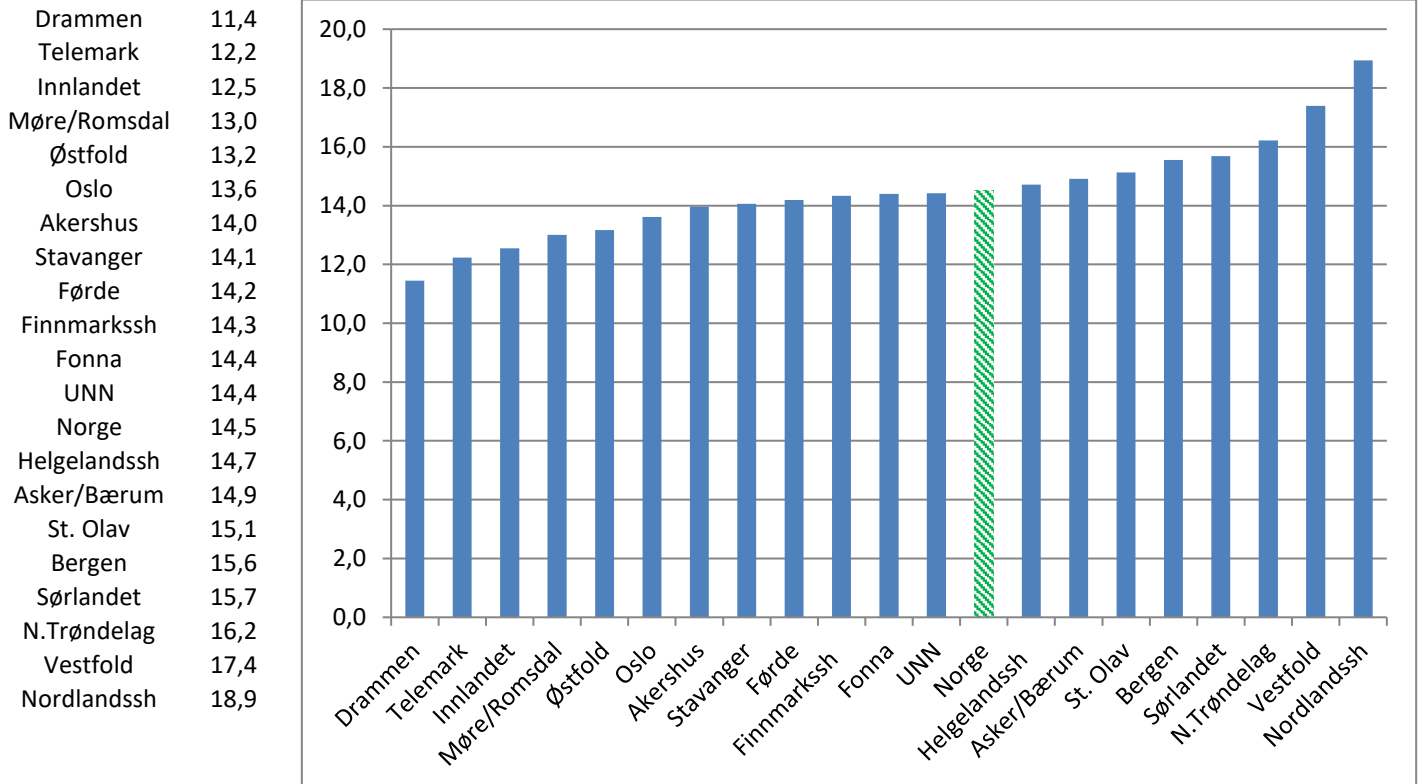
Figur 15. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)



Figur 16a og 16b viser doseringsnivået for buprenorfin-monopreparat og -kombinasjonspreparat (nalokson og buprenorfin blandet i forholdet 1:4). Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin for både mono- og

kombinasjonspreparat. Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 15 mg for mono- og 14 mg for kombinasjonspreparatet, som er omtrent uendret fra året før. Det er liten forskjell mellom tiltakene, men noen tiltak doserer lavere enn anbefalt nivå av både av mono- og kombinasjonspreparatene. De tiltakene som har gjennomsnittsdosering under 12 mg er uendret fra året før, og anbefalingen om å gjennomgå doseringspraksis fornyes i år som i fjor for Drammen og Telemark.

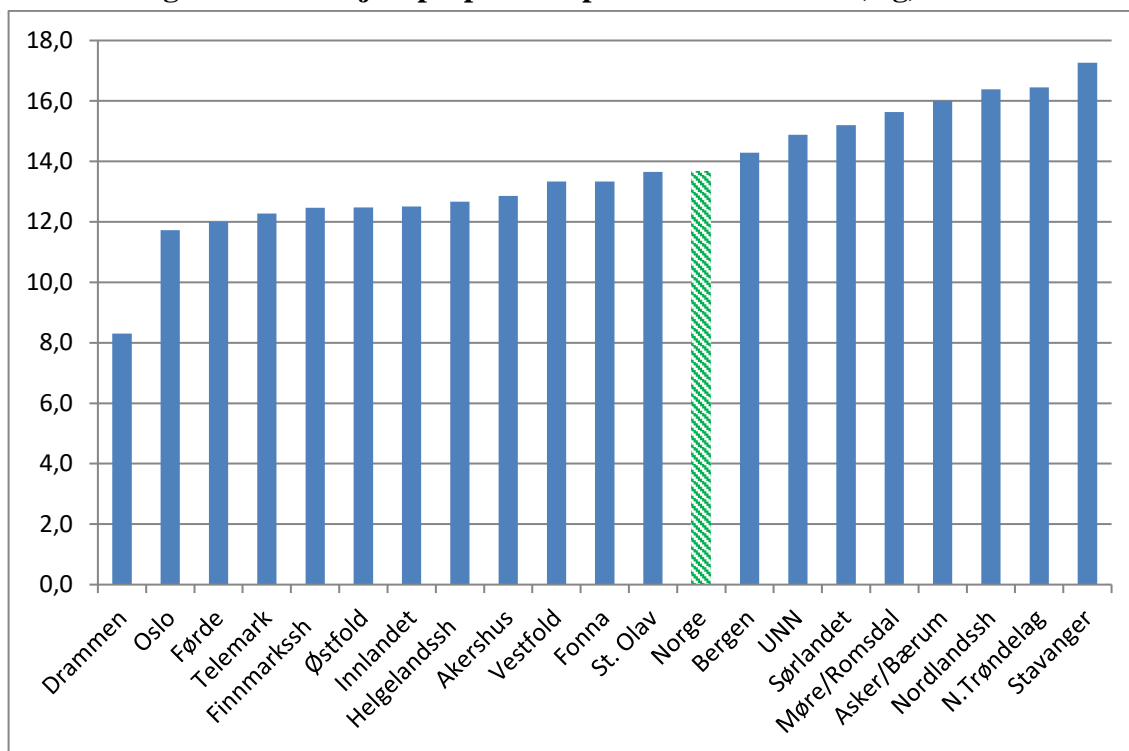
Figur 16a. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (mg)



På landsgjennomsnitt er det fortsatt slik at kombinasjonspreparat (13,7 mg) doseres noe lavere enn ren buprenorfin (14,5 mg) per døgn. Utifra våre data er det vanskelig å finne noen god forklaring på at buprenorfin-nalokson doseres gjennomgående lavere enn monopreparatet. En mulig årsak kan være at kombinasjonspreparat er foretrukket når skadereduksjon er hovedmålet (som f.eks. stabiliserende LAR behandling), og at forskrivende lege av forsvarlighetshensyn forskriver en lavere dose, selv om risikoen for misbruk (for eksempel injeksjon) er rapportert å være noe lavere for buprenorfin-nalokson.

Figur 16b. Gjennomsnittsdosering av kombinasjonspreparat buprenorfin-nalokson (mg)

Drammen	8,3
Oslo	11,7
Førde	12,0
Telemark	12,3
Finnmarkssh	12,5
Østfold	12,5
Innlandet	12,5
Helgelandssh	12,7
Akershus	12,9
Vestfold	13,3
Fonna	13,3
St. Olav	13,7
Norge	13,7
Bergen	14,3
UNN	14,9
Sørlandet	15,2
Møre/Romsdal	15,6
Asker/Bærum	16,0
Nordlandssh	16,4
N.Trøndelag	16,4
Stavanger	17,3

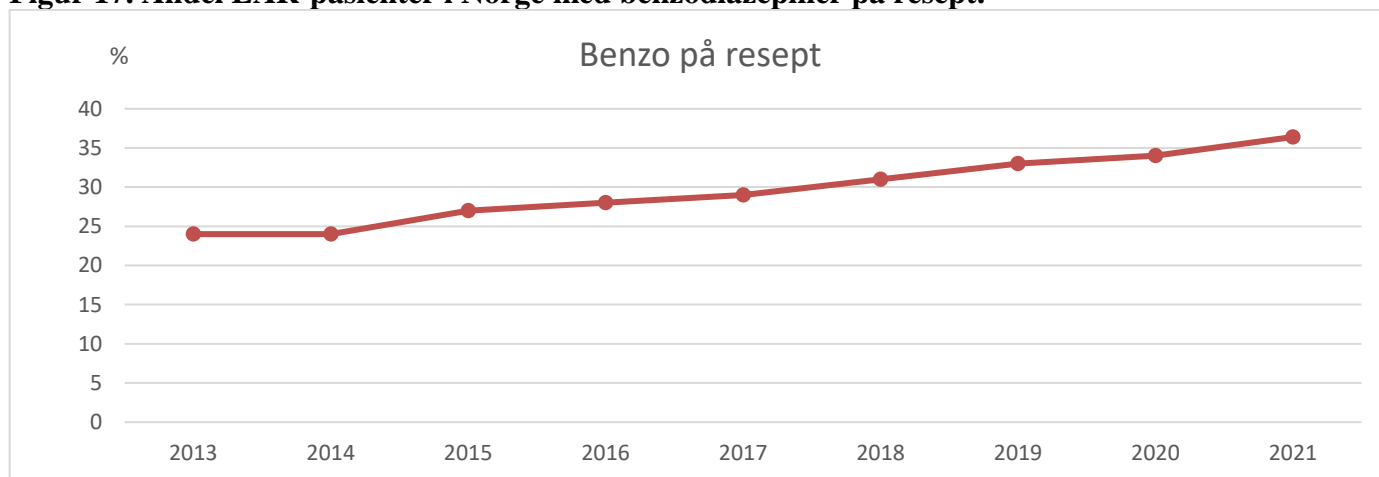


Andre medikamenter

Benzodiazepiner

Benzodiazepinpreparater anbefales som hovedregel ikke i LAR med mindre det er klar indikasjon (som f.eks. katatone tilstander). Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan påvirke effekten av LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 17 under viser en jevn økning over tid, også i 2021 til en andel på 36 %.

Figur 17. Andel LAR-pasienter i Norge med benzodiazepiner på resept.

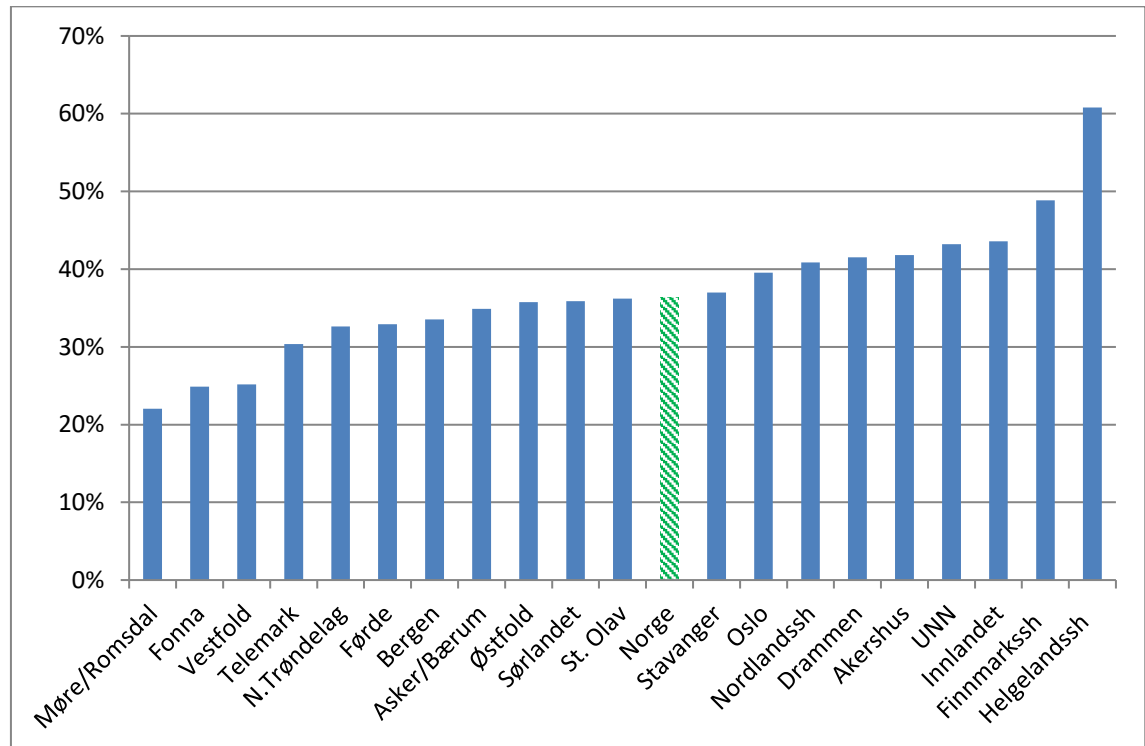


Figur 18 under viser betydelig variasjon i forskrivning av benzodiazepin-preparater i alle 21 LAR-tiltakene. De laveste andelenes utskrivninger finner vi i region Midt (gjennomsnitt 31 %) samt Sør og Vest med

gjennomsnittlig 33 %, mens region Øst ligger på om lag 40 % i gjennomsnitt. De høyeste andelene finner sted i region Nord, med en gjennomsnittlig forskrivning på om lag 46 %.

Figur 18. Andel som har forskrivning av benzodiazepin-preparat per foretak. (Ukjent 4,6 %)

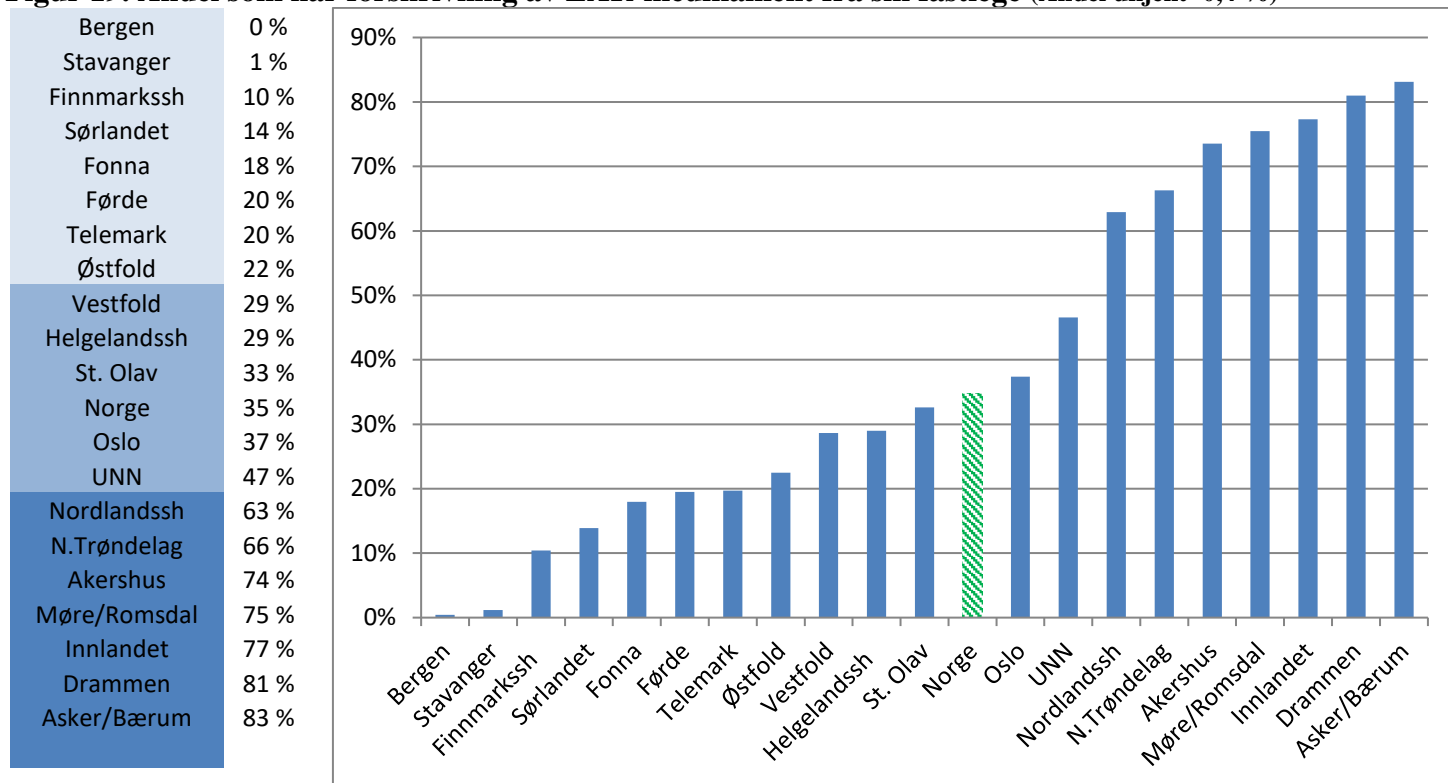
Møre/Romsdal	22 %
Fonna	25 %
Vestfold	25 %
Telemark	30 %
N.Trøndelag	33 %
Førde	33 %
Bergen	34 %
Asker/Bærum	35 %
Østfold	36 %
Sørlandet	36 %
St. Olav	36 %
Norge	36 %
Stavanger	37 %
Oslo	40 %
Nordlandssh	41 %
Drammen	42 %
Akershus	42 %
UNN	43 %
Innlandet	44 %
Finnmarkssh	49 %
Helgelandssh	61 %



Behandlerne lege

På landsbasis har det over tid vært en betydelig reduksjon i andelen som får medikamentet forskrevet av sin fastlege. I 2021 var andelen på 35 % sammenlignet med 39 % i 2020, mens den var på 56 % i 2016 og 59 % i 2015. Fastlegene beholder en sentral plass i LAR, men andelen fastleger som forskriver LAR-medikamenter er altså synkende. Figur 19 bekrefter den tidligere rapporterte, systematiske forskjellen mellom tiltakene: Åtte sentre (mørkeblå søyler) har forskrivning fra fastlegen for mer enn 63 % av sine pasienter. Bergen og Stavanger bruker i praksis ikke fastleger, mens ytterligere seks tiltak bruker fastleger i 22% eller mindre enn av tilfellene (lyseblå søyler). UNN, Vestfold, Oslo, St. Olav og Helgelandssykehuset ligger i en mellomposisjon (mellomblå søyler). Denne nokså tydelige ulikheten i organiserings-praksis har vært stabil gjennom flere undersøkelser. Som en forklaring på ulikhetene, kommer den økende andelen av buprenorfin depot som foreskrives fra spesialisthelsetjenesten, ikke fastlegen.

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



Vurderinger av den medikamentelle behandlingen

Den medikamentelle behandlingen i LAR ble grundig evaluert i 20 års jubileumsrapporten⁵ som kan lastes ned [her](#).

Doseringsnivået vist i datamaterialet for 2021, holder seg midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon og 8-16 (maks 24) mg buprenorfin per døgn. I tråd med anbefalingene om buprenorfin som førstevalg er det en økende tendens til bruk av buprenorfin. De tiltakene med høye andeler metadon er også de tiltakene som startet opp LAR før buprenorfin ble tilgjengelig i 2002. Dessuten spiller sannsynligvis den klinisk erfaringen hos sentrale fagfolk i tiltakene og pasientenes preferanser inn.

Buprenorfin depot-injeksjoner gis omtrent til 15 % av pasientene på landsbasis, og det kan tenkes at gruppen vokser mer i fremtiden. Depot-injeksjoner kan ha stabiliserende effekt lengre enn 1 døgn for de som ønsker det, samtidig som bruk av injeksjoner (spesielt 4 ukers) kan åpne for en mer normalisert behandlingstilværelse, uten henteordninger og oppbevaring av A-preparater i eget hjem. Den kliniske utfordringen ved bruk av 4-ukers depot behandling kan derimot være å opprettholde tilstrekkelig kontakt med pasienten i tiden mellom injeksjonene.

⁵ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

DEL A: MEDISINSK FORSVARLIG BEHANDLING OG SIKKERHET I LAR

Utlevering av medikament

Utleveringene av LAR-medikament skal tilpasses pasientens rusmestring. De fleste pasienter i Norge må møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Å «hente medikament» er som oftest ensbetydende med «overvåket» inntak på hentedagen.

Antall utleveringer varierer vanligvis fra 1 til 7 ganger i uken. I 2021 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3 ganger i uken, der i gjennomsnitt også 2,9 ganger er beskrevet som overvåket. Dette er noe sjeldnere sammenlignet med nivået i 2019, hvor antall utleveringer i gjennomsnitt var 3,6 ganger per uke, hvorav 3,5 ganger per uke var overvåket. Utleveringshyppigheten ble i forbindelse med Covid-19 pandemien redusert for de fleste pasienter. Dette for å redusere antall kontaktpunkter og risiko for smitte.

Midt-Norge rapporterer i motsetning til tidligere år, noe redusert antall ukentlige utleveringer og ligger nå i underkant av landsgjennomsnittet med 2,7 utleveringer ukentlig.

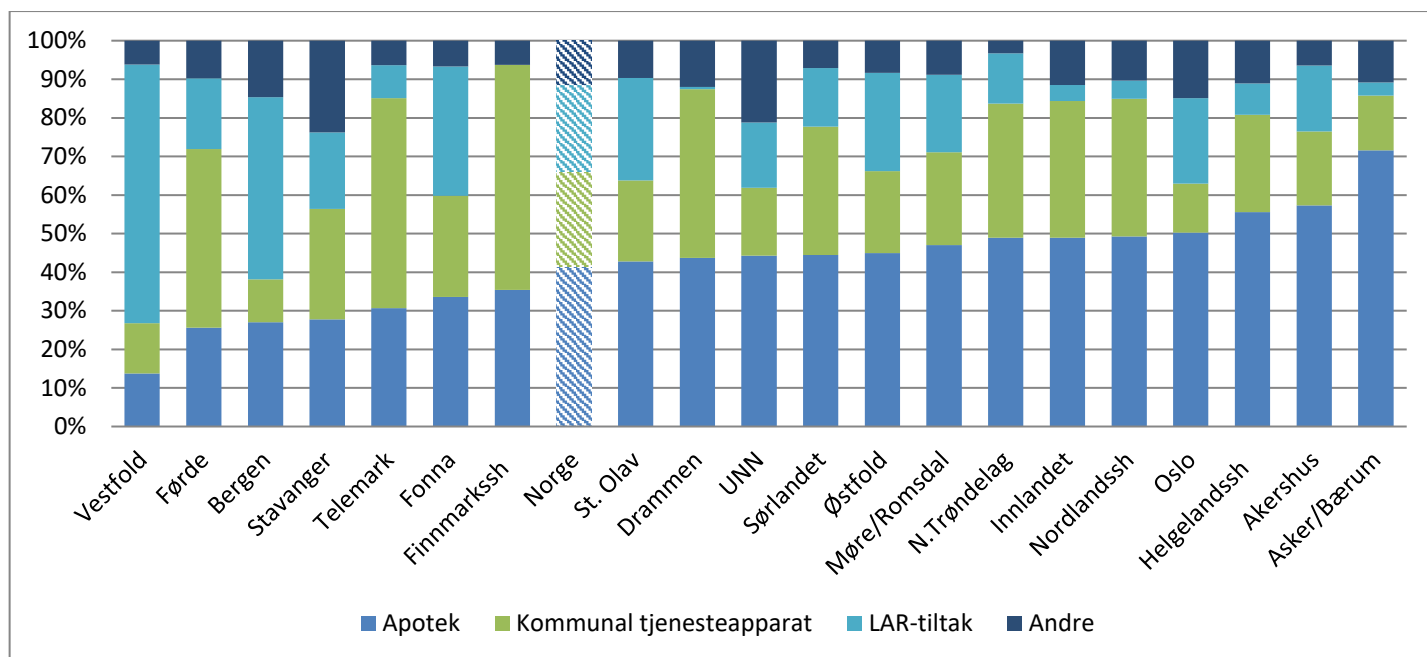
Utleveringssted

Litt under halvparten av pasientene (41 %) får sitt medikament gjennom apotekene, noe som er en reduksjon fra året før (44 %). Buprenorfin depot injeksjon settes som oftest av spesialisthelsetjenesten og kan derfor på sikt føre til reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted.

Figur 20 viser at det er store forskjeller mellom tiltakene. I noen områder henter pasientene nesten alltid medikamentet i apotek slik som i LAR Asker og Bærum mens det er svært få i Vestfold, Stavanger, Telemark og Bergen. Disse tiltakene bruker i stor grad poliklinikker til medikamentutlevering.

Andelen som bruker ulike utleveringssteder fremgår av figur 20. Vi ser at utlevering i LAR-tiltak er vanlig noen få steder som Vestfold og Bergen. Utlevering i kommunale tiltak forekommer til en viss grad i alle tiltak, her er hjemmesykepleie medregnet.

Figur 20. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene, sortert etter økende andel med apotek (ukjent 0,8 %).



Rusmiddeltester

I gjennomsnitt avla pasientene 0,3 urinprøver pr uke i 2021 og tallet er omtrent uendret siden 2017.

Det er nå kun 31 % som avlegger urinprøver regelmessig, en klar reduksjon med mer enn 10 % sammenlignet med 2019. Denne reduksjonen har antagelig sammenheng med tiltak som ble iverksatt i forbindelse med Covid-19 pandemien. Reduksjonen samsvarer med en klar økt andel som ikke har urinprøveavtaler (33 % i 2021 sammenlignet med 22 % i 2019). Andelen med stikkprøveordning (33 %) og ukjente (4 %) forble omtrent uendret. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (21 %), mens region Vest fortsetter å bruke slike mest, til tross for en betydelig reduksjon fra 63 % i 2019 til 45% i 2021 %.

Vurdering

I gjennomsnitt møtte pasienter i LAR opp tre ganger i uken for overvåket inntak av LAR-medikamenter i 2021. Pandemien medførte lempeligere henteordninger i 2020 i de fleste LAR-tiltakene for å redusere risiko for Covid19-smitte, og man ser fortsatt en reduksjon i antall utleveringer per uke siden 2019. Andelen som avlegger urinprøver har også gått ned de siste årene. Avtale om utleveringsordning og rusmiddeltester skal vurderes individuelt ut fra pasientens målsetning, hva som er hensiktsmessig opp mot andre rehabiliteringstiltak og forsvarlighet i behandling.

Siden sterkt vanedannende legemidler brukes i LAR, er særregulering ifølge LAR-forskriften nødvendig for å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade på pasienter og tredjemann. Urinprøver og spyttprøver kan brukes for å få oversikt over legemiddelinntak og rusmiddelbruk, men skal bare brukes i den utstrekning det er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig behandling. Den som forskriver LAR-medikamenter har en dobbel forpliktelse, og skal balansere brukermedvirkning og tilgjengelighet opp mot risiko for at legemidlene inntas av andre enn pasienten selv. Denne balansen kan det være utfordrende å finne⁶.

Ved nyoppstått funn av rusmiddel hos en pasient som tidligere har vært rusfri, bør man drøfte med pasienten hva dette funnet betyr og om man bør tilpasse videre behandlingsstrategi sammen. Det kan være at pasienten trenger høyere dose LAR-legemiddel for å dempe abstinenser og at dette har vært håndtert med inntak av

⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications

rusmiddel. Urinprøver bør brukes i tillegg til observasjon som verktøy for å monitorere behandlingseffekt og tilpasning av behandling i samarbeid med pasienten. Om pasientens rusmiddelbruk fortsetter, vil forsvarlighetsvurderinger kunne føre til innstramning. Bruk av buprenorfin depot medfører mindre behov for hyppig oppmøte, og fremstår som ønsket også av pasientgruppen.

Utleveringsavtaler og bruk av urinprøver i LAR ble vurdert inngående i 20-års rapporten for 2017⁷ ([last ned rapporten her](#)). Kontrollen er i dag vesentlig redusert sammenlignet med oppstarten av behandlingen på slutten av 90-tallet.

Målsettingen bør altså være en balansert bruk av objektive prøver og tilpasset utleveringsordning, og med det både høy nok grad av forsvarlighet og lavest mulig terskel for å være i behandling over tid.

Buprenorfin-depot preparat er således en betydelig forbedring som fremstår ønsket også av en betydelig del av pasientgruppen.

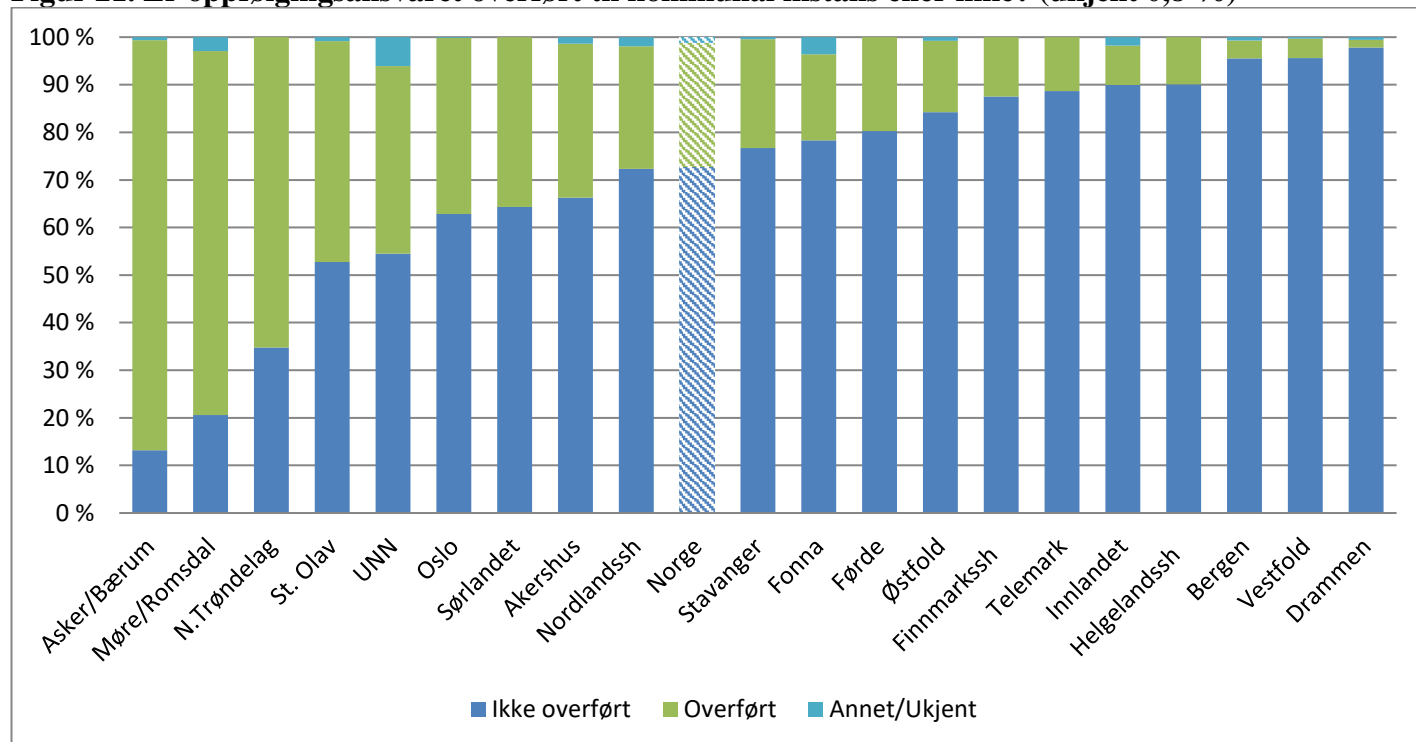
⁷ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

DEL B SISTE 4 UKER FØR UTFYLLING: PSYKOSOSIAL BEHANDLING

”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen

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

Figur 21. Er oppfølgingsansvaret overført til kommunal instans eller ikke? (ukjent 0,8 %)

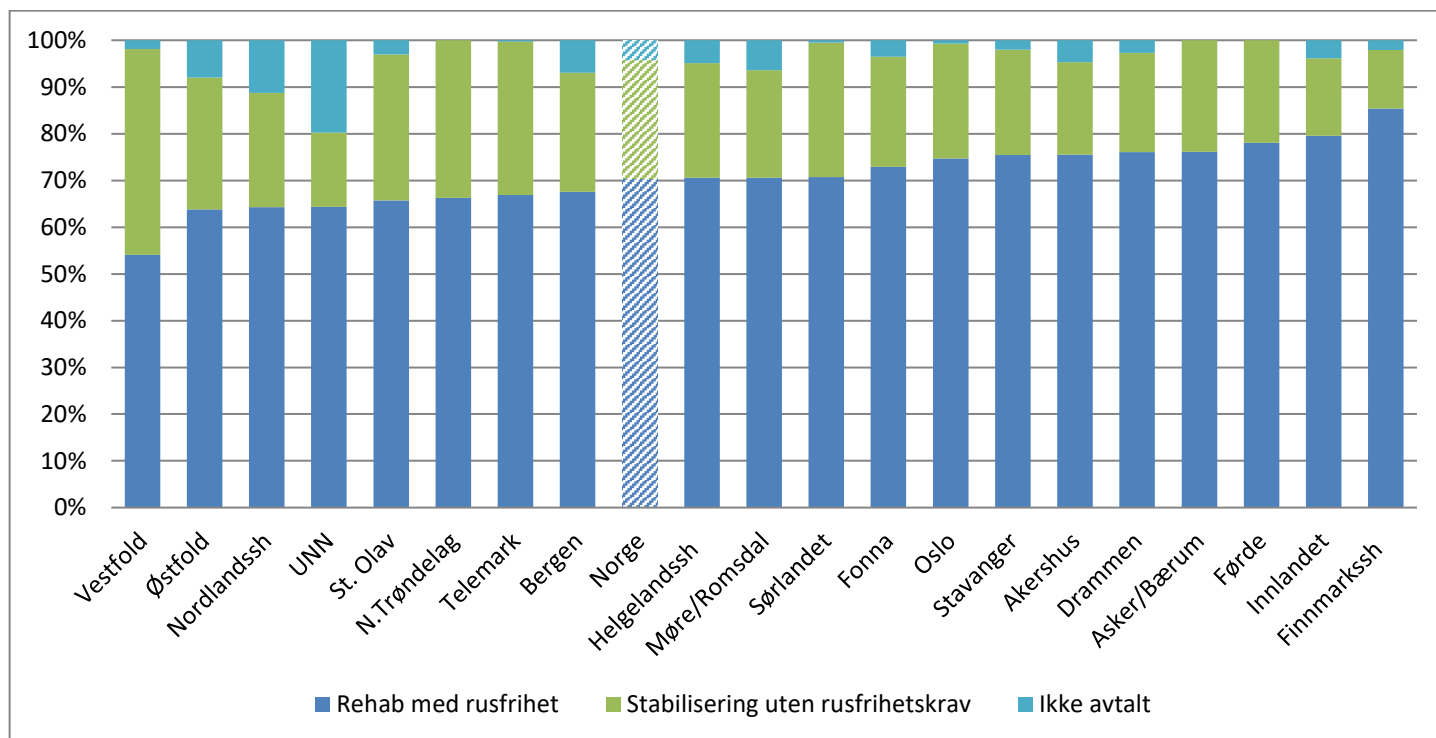


I 2021 var LAR-behandlingen hovedsakelig forankret i TSB for 73 % (blå søyler), mens kommunale instanser hadde hovedansvaret for oppfølgingen for 26 %. Kun hhv. 0,2 % og 0,8 % hadde andre eller ukjente forankringer. Det er sammenlignbart med året før på nasjonalt nivå, mens betydelige forskjeller i organisering består. LAR i Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken HF er organisert som nesten ren førstelinjebehandling, mens LAR i Drammen (også Vestre Viken HF) svarer ut dette punktet svært annerledes ved å fortolke at hovedbehandlingsansvar for LAR alltid vil ligge i TSB til tross for at fastlegene forskriver legemidlene (jf. ytterpunktene i Figur 21).

I flere andre helseforetak beskrives LAR som hovedansvarlig for oppfølgingen av nesten alle, slik som i Finnmarkssykehuset, Telemark, Innlandet, Helgelandssykehuset, LAR i Bergen og i Vestfold. Disse forskjellene har vært stabile gjennom mange år. Det er ikke gitt at LAR bør organiseres likt i alle helseforetak. Rom for lokale organisatoriske tilpasninger innenfor en felles nasjonal ramme bygd på tre-part-samarbeidet, pasientmedvirkning og en felles nasjonal retningslinje, kan ha bidratt vesentlig til at LAR i Norge har oppnådd stabilitet og gode resultater.

Målsetting

Figur 22. Målsettingen for behandling (ikke avtalt: 4,2 %)

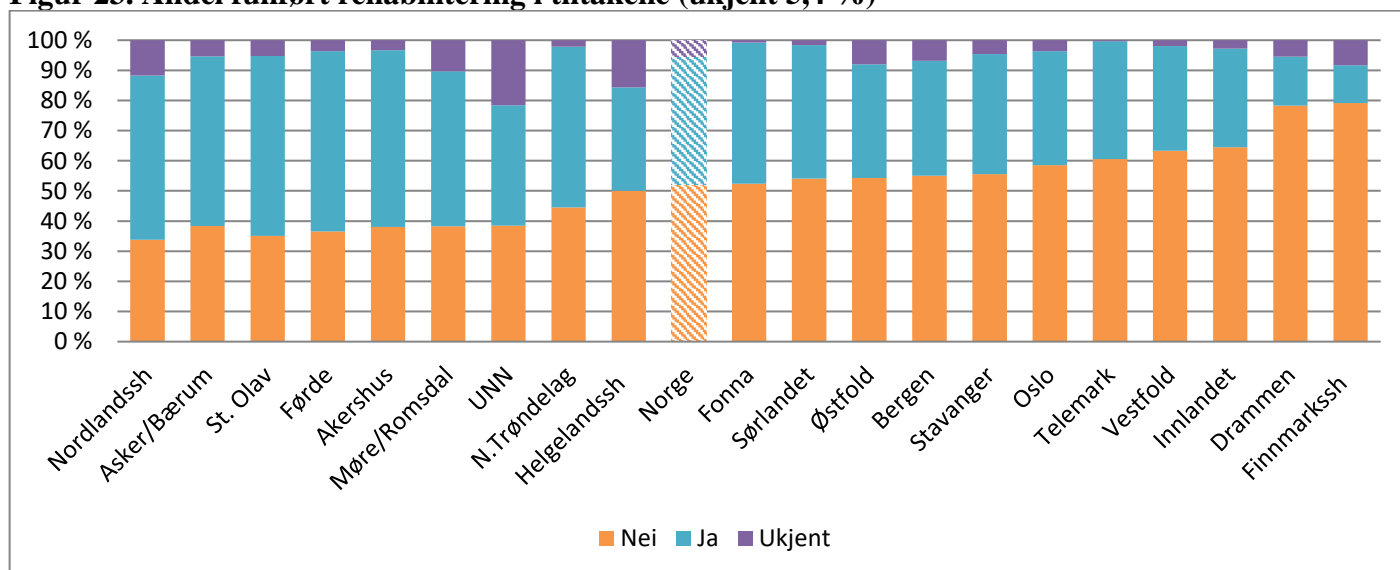


Figur 22 over viser andel av pasientene med ulike overordnede målsettingene. Omtrent uendret fra årene før beskrives 70 % med rusfrihet som overordnet målsetting, mens 26 % har en skadereduksjonsmålsetting. Andelen uten konkret avtale er lav, med unntak av UNN, hvor 20 % ikke hadde konkret avtale i 2021.

Det er fortsatt enkelte regionale forskjeller i målsetting om rusfrihet, men i de fleste helseforetakene har mer enn 6 av 10 pasienter rusfrihet som målsetting. Det er imidlertid usikkert om rapporteringen er relatert til reelle forskjeller i klinisk praksis, eksempelvis kan «rusfrihet» fortolkes og kontrolleres på svært ulike vis.

Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Figur 23. Andel fullført rehabilitering i tiltakene (ukjent 5,4 %)

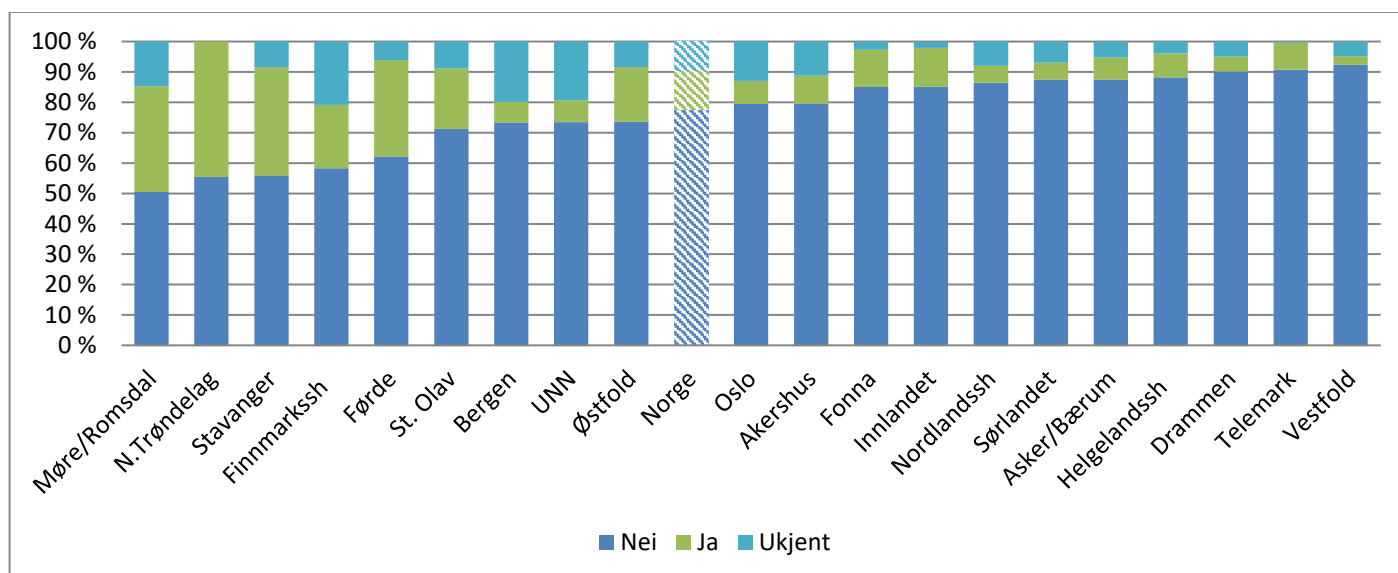


Undersøkelsen viser at 43 % vurderes å ha fullført sin rehabilitering mens 52 % er underveis eller i varig skadereduksjon. Dette er omtrent uendret fra årene før. Figur 23 viser at de aller fleste tiltakene rapporterer en grad av rehabilitering som er sammenlignbar med landsgjennomsnittet: det er mindre enn 20 prosentpoeng forskjell i Norge for 19 av 21 tiltak. Betydelig høyere grad av gjennomført rehabilitering rapporteres for Asker og Bærum (56 %), St. Olav (60 %), Førde (60 %), Akershus (59 %), og Nord Trøndelag (60 %), alle økning fra i fjor. Den laveste andelen er i år som i fjor rapportert for Finnmarkssykehuset, med en reduksjon til 13 % fra fjorårets 25 %.

Individuell plan

Alle med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Ifølge LAR-forskriften har LAR i spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar for utarbeidelse av IP. Imidlertid hadde kun 13 % av pasientene IP i 2021, en ytterligere nedgang fra 15 % i fjor. Den høye andelen som mangler IP kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og/eller mangel på initiativ fra tiltaksapparatet.

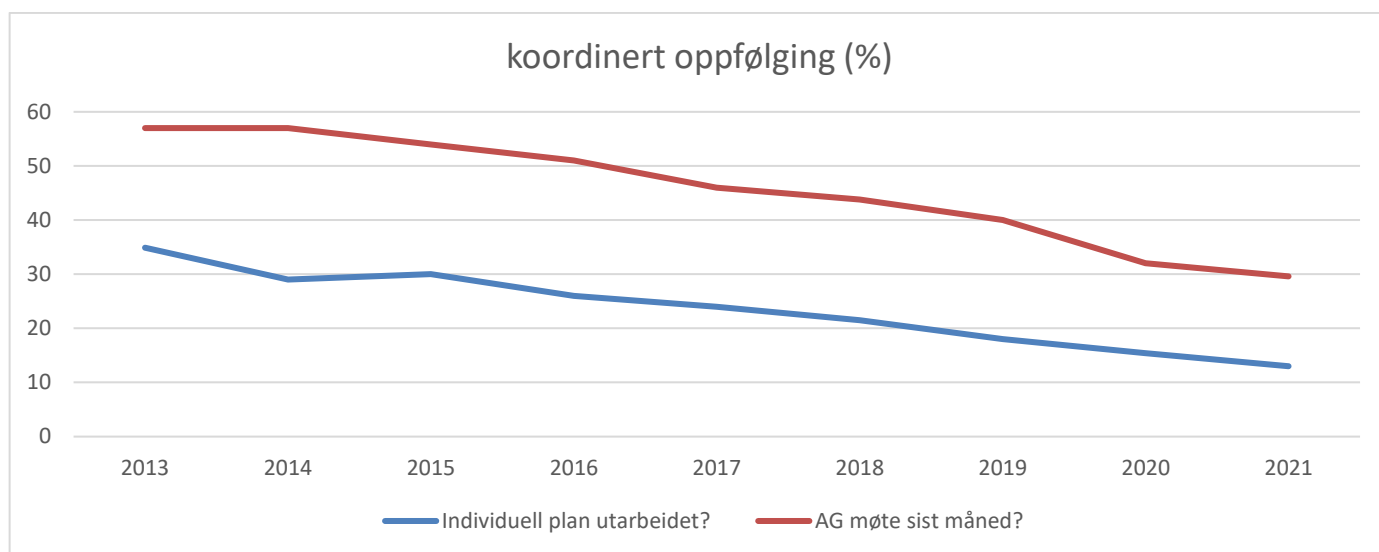
Figur 24. Andel (%) som har individuell plan (ukjent = 9,5 %)



Som tidligere år har tiltakene i Midt-Norge samt enkelte helseforetak i vest (LAR Stavanger, Fonna og Førde) vesentlig bedre profil enn landsgjennomsnittet (jf. Figur 24 over), mens i Vestfold har kun 2,9 % av pasientene IP.

Figur 25 viser trender over tid for koordinert oppfølging som prosentandel med IP (oransje linje) og gjennomført ansvarsgruppemøte (blå linje) siste måned før datainnhenting. Andelen med koordinert oppfølging har sunket ytterligere sammenlignet med fjoråret.

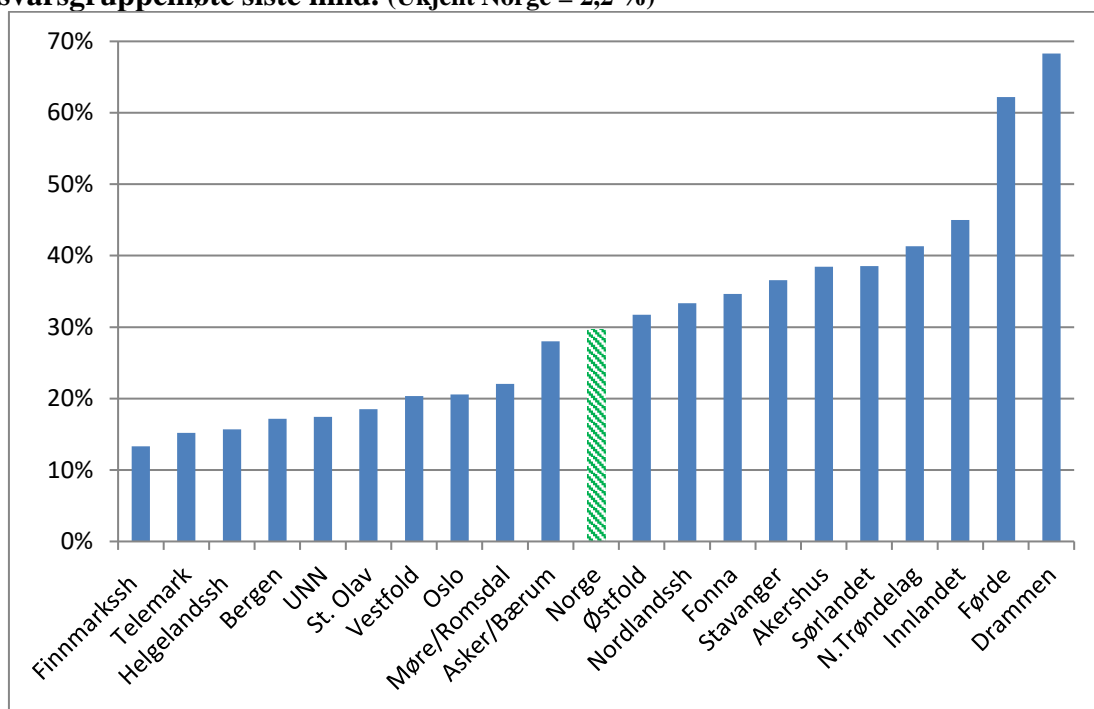
Figur 25. Andel (%) med koordinert oppfølging i Norge 2013 til 2021



Ansvarsgrupper

Figur 26. Andel med ansvarsgruppemøte siste mnd. (Ukjent Norge = 2,2 %)

Finnmarkssh	13 %
Telemark	15 %
Helgelandssh	16 %
Bergen	17 %
UNN	17 %
St. Olav	19 %
Vestfold	20 %
Oslo	21 %
Møre/Romsdal	22 %
Asker/Bærum	28 %
Norge	30 %
Østfold	32 %
Nordlandssh	33 %
Fonna	35 %
Stavanger	37 %
Akershus	38 %
Sørlandet	39 %
N.Trøndelag	41 %
Innlandet	45 %
Førde	62 %
Drammen	68 %

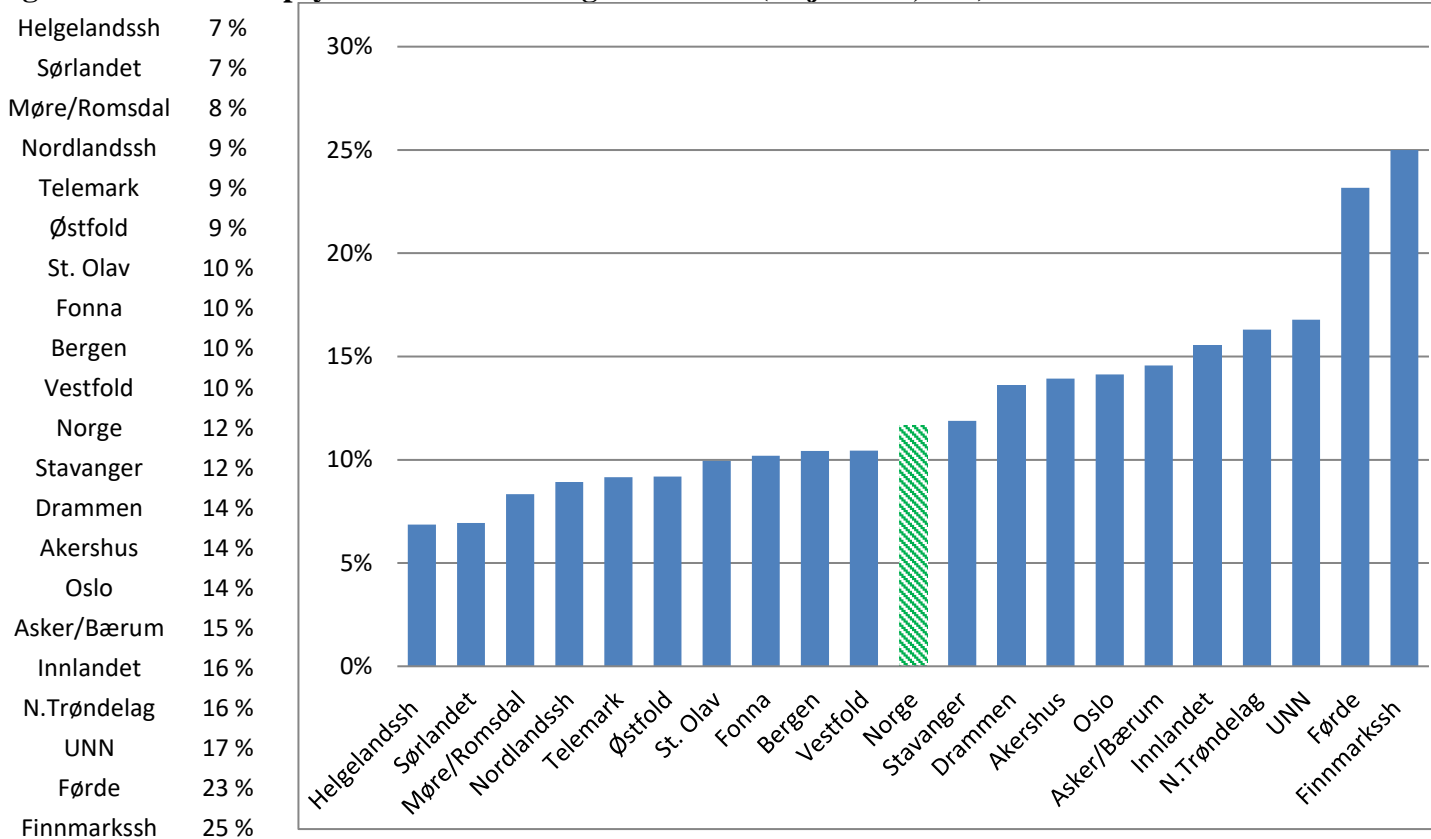


Medisinering med metadon eller buprenorfin er ifølge LAR-forskriften et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Ansvarsgrupper er et viktig virkemiddel for å koordinere de ulike tjenestene som må samarbeide for å oppnå helhetlig behandling. Ansvarsgrupper bør ha som sentral forutsetning at pasienten kan være aktivt med. Figur 26 viser andelen med møte i ansvarsgruppen de siste 4 uker. I 2021 hadde 30 % av pasientene hatt ansvarsgruppemøte siste 4 uker mot 32 % i 2020 og 40 % i 2019. Reduksjonen siden 2019 kan nok i noen grad forklares med restriksjoner i forbindelse med Covid-19 pandemien, men trenden har vært nedadgående i mange år. Tiltakene i nord (Finnmark, Helgeland og UNN), Telemark, Bergen og St. Olav ser ut til å ligge særlig lavt (< 20 %) mens LAR i Førde og Drammen har i større grad (> 60 %) hatt slike møter.

Psykiatrisk behandling

Figur 27 viser at få LAR-pasienter har samtidig oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 12 % i psykiatrisk behandling. Andelen har vært omtrent uendret de siste 10 årene. Det er liten forskjell mellom de aller fleste tiltakene, men Førde og Finnmarkssykehuset har mer enn 2 av 10 i psykiatrisk behandling. I de andre er det nærmere 1 av 10 og ofte færre.

Figur 27. Andel med psykiatrisk behandling i tiltakene (Ukjent = 3,3 %)



Psykoterapeutisk behandling

På landsbasis har litt over åtte prosent fått systematisk psykoterapi, omtrent som tidligere (ukjent 4,5 %). Tiltakene som har noen flere pasienter i slik spesialisert behandling er som i fjor tiltak i sentrale strøk som LAR i Asker og Bærum (23 %), Oslo (17 %) og Akershus (12 %).

Vurderinger av den psykososiale behandlingen

Statusrapporten for 2017 inneholdt en mer omfattende vurdering av disse forholdene⁸. Etter 2017 har vi sett i hovedsak uendrete forhold.

Samarbeidet med kommunale tiltak preges av tilnærmet helt stabile forskjeller mellom tiltak med høy grad av overføring av ansvar til kommunale instanser og de som i hovedsak beholder oppfølgingen på spesialistnivå. Årsakene er ikke systematisk undersøkt, men inntrykket er at tradisjoner i helseforetaket og ressurser på kommunalt nivå er mer avgjørende enn vurderinger av hensiktsmessighet.

⁸ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

Det er fortsatt høy andel med ambisjoner om at pasientene skal oppnå rusfrihet og yrkesmessig rehabilitering, og mønsteret er nokså uendret. Svarene avspeiler i den ene enden tiltak med høy vekt på skadereduksjon og i den andre tiltak med høy vekt på aktiv rehabilitering som vanligvis krever rusfrihet. Videre bekrefter årets undersøkelse sterkt synkende bruk av ansvarsgrupper og individuell plan (IP). En av årsakene kan være at vi ser en gruppe pasienter med økende alder som i større grad har uføretrygd og stabilisert sosial situasjon. Samtidig vil også andelen med somatiske utfordringer øke med økende alder, noe som kan påvirke behovet for koordinerte tjenester.

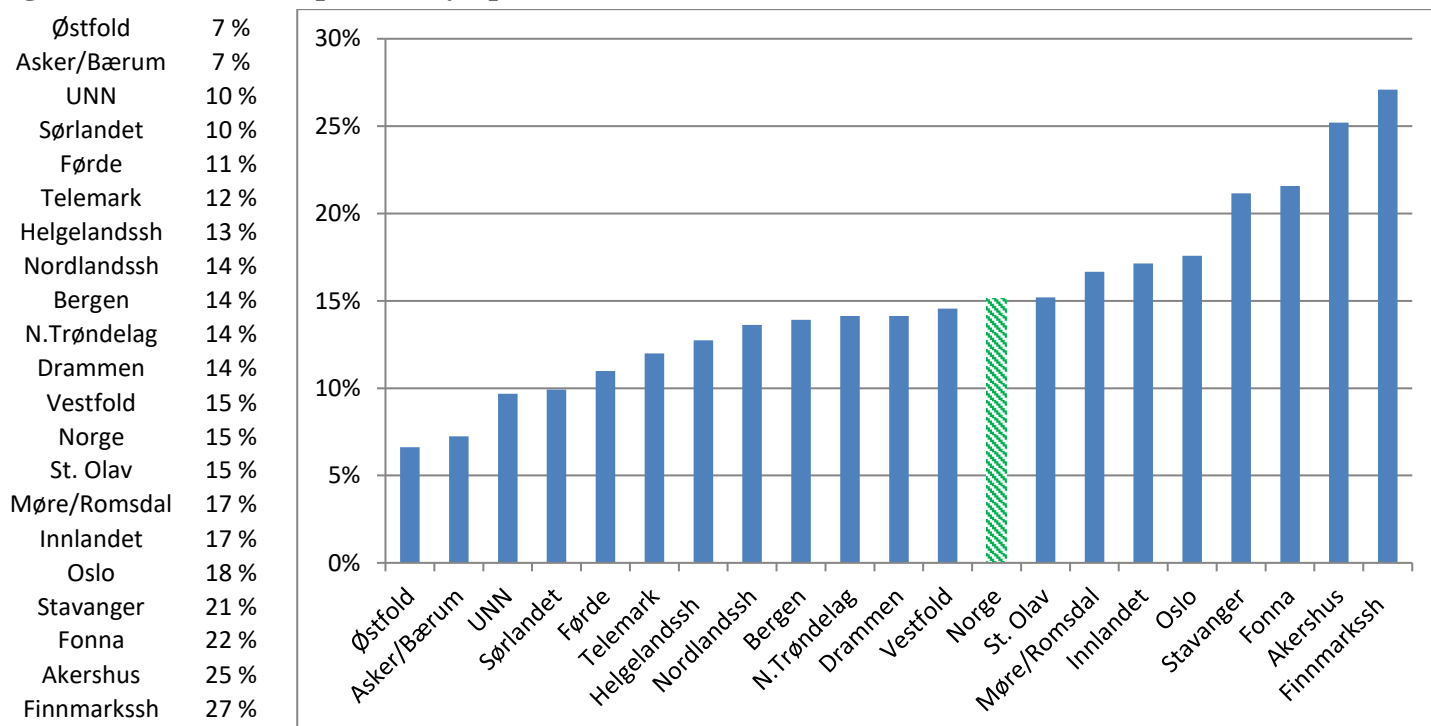
DEL B: HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

Psykisk helse

Depresjon

Figur 28 viser andel med depressive symptomer. Som før er det tydelig forskjell mellom helseforetakene, også i andel «ukjent». I 2021 rapporteres høyere andel pasienter med depressive symptomer (20 % eller mer) fra Stavanger, Fonna, Akershus og Finnmarkssykehuset, mens særlig LAR i Østfold, Asker og Bærum, UNN og Sørlandet har lavere andel (10 % eller mindre). I Norge er andelen på 15 %, noe som er tilsvarende årene før.

Figur 28. Andel med depressive symptomer (ukjent Norge = 13 %)

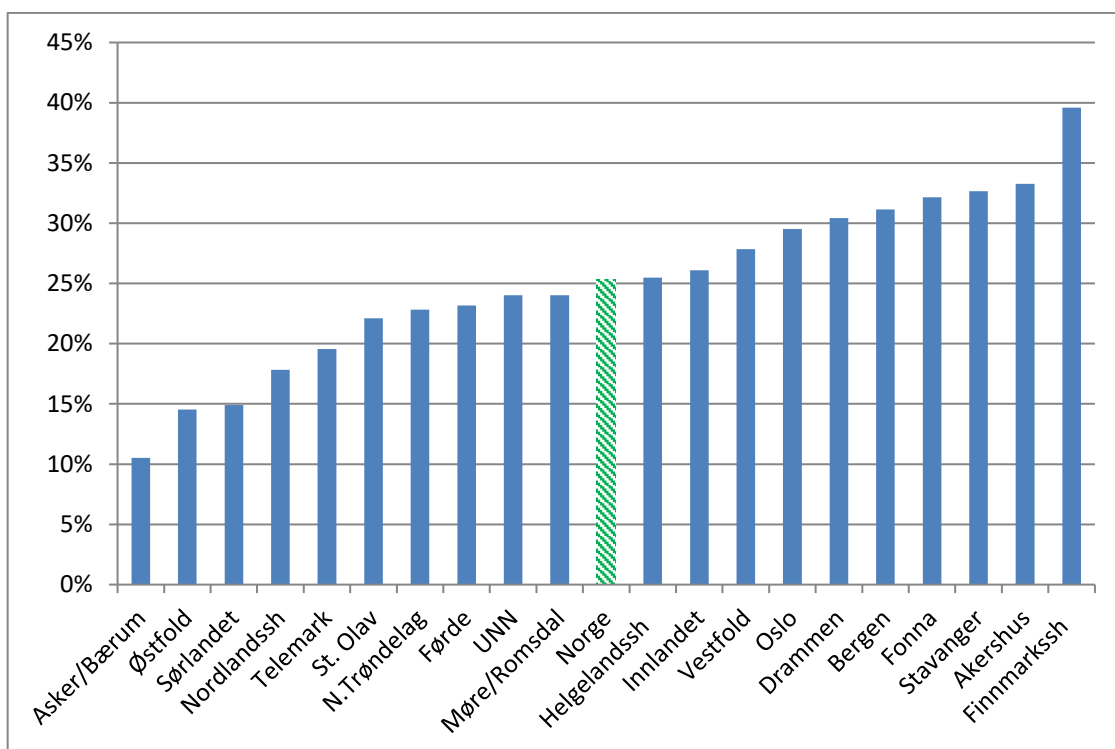


Angst

Figur 29 viser forekomsten av alvorlige angstsymptomer. Som i årene før er landsgjennomsnittet på 25 %. Dette vil si at 1 av 4 har symptomer som peker i retning angstlidelse. Andelen ukjent er imidlertid høy i enkelte helseforetak. Som i 2019 og 2020 angir LAR ved Finnmarkssykehuset et høyt nivå (40 %). Selv om registreringsmetodene er usikre, peker funnene mot at mange har et høyt angstnivå, sannsynligvis med et betydelig innslag av angstlidelser.

Figur 29. Andel med symptomer som ved alvorlig angst (ukjent Norge = 12,5 %)

Asker/Bærum	11 %
Østfold	15 %
Sørlandet	15 %
Nordlandssh	18 %
Telemark	20 %
St. Olav	22 %
N.Trøndelag	23 %
Førde	23 %
UNN	24 %
Møre/Romsdal	24 %
Norge	25 %
Helgelandssh	25 %
Innlandet	26 %
Vestfold	28 %
Oslo	30 %
Drammen	30 %
Bergen	31 %
Fonna	32 %
Stavanger	33 %
Akershus	33 %
Finnmarkssh	40 %

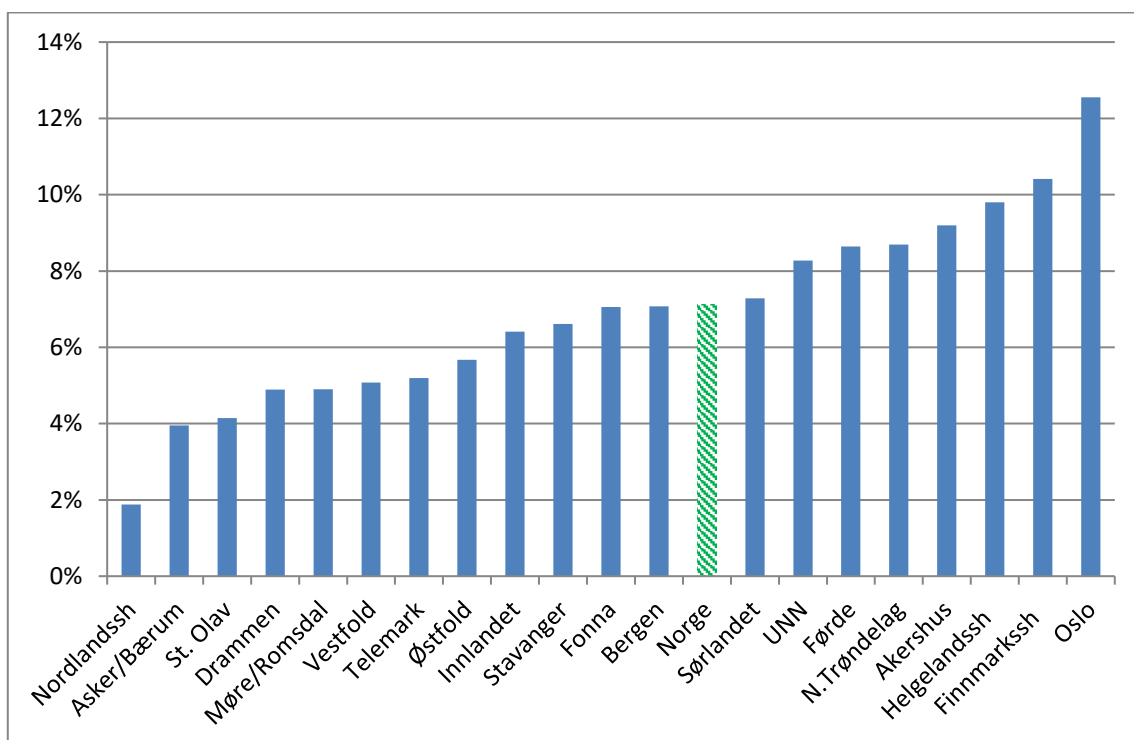


Vrangforestillinger

Rundt 7 % er rapportert å ha vrangforestillinger eller hallusinose. Dette er vesentlig høyere enn i den generelle befolkningen.

Figur 30. Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 12 %)

Nordlandssh	2 %
Asker/Bærum	4 %
St. Olav	4 %
Drammen	5 %
Møre/Romsdal	5 %
Vestfold	5 %
Telemark	5 %
Østfold	6 %
Innlandet	6 %
Stavanger	7 %
Fonna	7 %
Bergen	7 %
Norge	7 %
Sørlandet	7 %
UNN	8 %
Førde	9 %
N.Trøndelag	9 %
Akershus	9 %
Helgelandssh	10 %
Finnmarkssh	10 %
Oslo	13 %



Figur 30 over viser ulike nivåer i tiltakene, også når det gjelder svaralternativet «ukjent». Som i fjor har Finnmarkssykehuset og Oslo høyest andel pasienter med vrangforestillinger, med hhv. 10 % og 13 %. Som ved angst og depressive symptomer, er det sannsynlig at en stor del av variasjonen kan tilskrives registreringspraksis, men uansett er nivået vesentlig høyere enn i den generelle befolkningen.

Fysisk helse

Andelen med fysiske helseplager av en grad som går ut over livsstilpasning og velvære har vært stabil i flere år (36 %). Sammenlignet med i underkant av 30% for 10 år siden bør dette sees i sammenheng med økende gjennomsnittsalder. Samtidig ligger nivået høyere blant LAR-pasienter enn i den generelle befolkningen med tilsvarende aldersfordeling. Drammen skiller seg ut i 2021 med 13 %, ned fra 30 % i fjor, mens Bergen og helseforetakene i nord skiller seg ut med en noe høyere andel «ukjent». Som ved de ulike psykiske symptomer presentert over er det noe variasjon i grad av kroppslige plager mellom tiltakene uten at vi kan forklare om det er et mønster eller skyldes rapportering eller tilfeldig variasjon.

Vurderinger av helsetilstand

Funnene her er basert på tredelte, enkle spørsmål (ja/nei /ukjent) som tjener sitt formål med å skaffe en grov oversikt over problembyrde. Det er de mer utbredte symptomene som kartlegges uten at vi kan trekke slutninger om andel med diagnoser eller behandlingsbehov. Funnene bør derfor tolkes som omtrentlig problemnivå mer enn som konkret sykdomsprevalens.

Undersøkelsen viser som før at få pasienter har oppfølging fra psykisk helsevern. Majoriteten av LAR-pasienter med psykiske vansker ser ut til å behandles innen LAR-systemet og TSB. Indikasjon for oppfølging i psykisk helsevern er alvorlige psykiske lidelser som bipolaritet og schizofreni, mens behandling av lettere psykiske lidelser som depresjoner og angst skal foregå integrert i TSB. Basert på funn fra statusrapporten kan intergerert behandling i TSB ansees som ivaretatt for de fleste, samtidig som en del nok ikke mottar adekvat helsehjelp for sine psykiske problemer.

I en del helseforetak og kommuner er det opprettet eller forberedes spesielle tiltak for pasienter med samtidig alvorlig rus- og psykisk lidelse som trenger tettere oppfølging enn det som vanligvis kan gis av LAR og kommunale rustjenester. Det gjelder blant annet oppsøkende virksomhet i form av ACT- eller FACT-team («flexible assertive community treatment»). Dette vil også omfatte en del LAR-pasienter og det vil i årene som kommer være viktig å evaluere om dette bedrer behandlingstilbud og -resultater for denne svært sårbare gruppen av LAR-pasienter.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal alle enheter innenfor TSB kunne utføre diagnostisk utredning av psykiske lidelser og skaffe seg oversikt over kognitiv fungering. Det samme gjelder utredning og behandling av somatisk sykdom. I pakkeforløp «somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» er det pekt ut viktige kartleggingsområder av somatisk helse.

Fastlegene har en sentral rolle i LAR i trepartssamarbeid og har spesielt en viktig rolle når det gjelder å fange opp og behandle somatisk sykdom hos LAR-pasienter. Samtidig har andelen fastleger som forskriver LAR-medikamenter gått ned de siste årene. Spesielt i de helseforetakene hvor LAR-leger forskriver LAR-medikamenter, er det viktig at fastlegen involveres i behandlingen. LAR-pasienter lever opptil 15 år kortere⁹ og får tidligere helseplager enn resten av befolkningen. Siden fysiske helseplager som kreft, hjerte- og karsykdommer og kronisk obstruktiv lungelidelser øker med høyere alder, bør LAR-tjenestene planlegge og koordinere regelmessige undersøkelser av helseproblemer, inkludert kartlegging av bivirkninger av forskrevne medisiner.

⁹ Lewer et al. (2020) Life expectancy of people who are dependent on opioids: a cohort study in New South Wales, Australia, *J Psychtr Res*

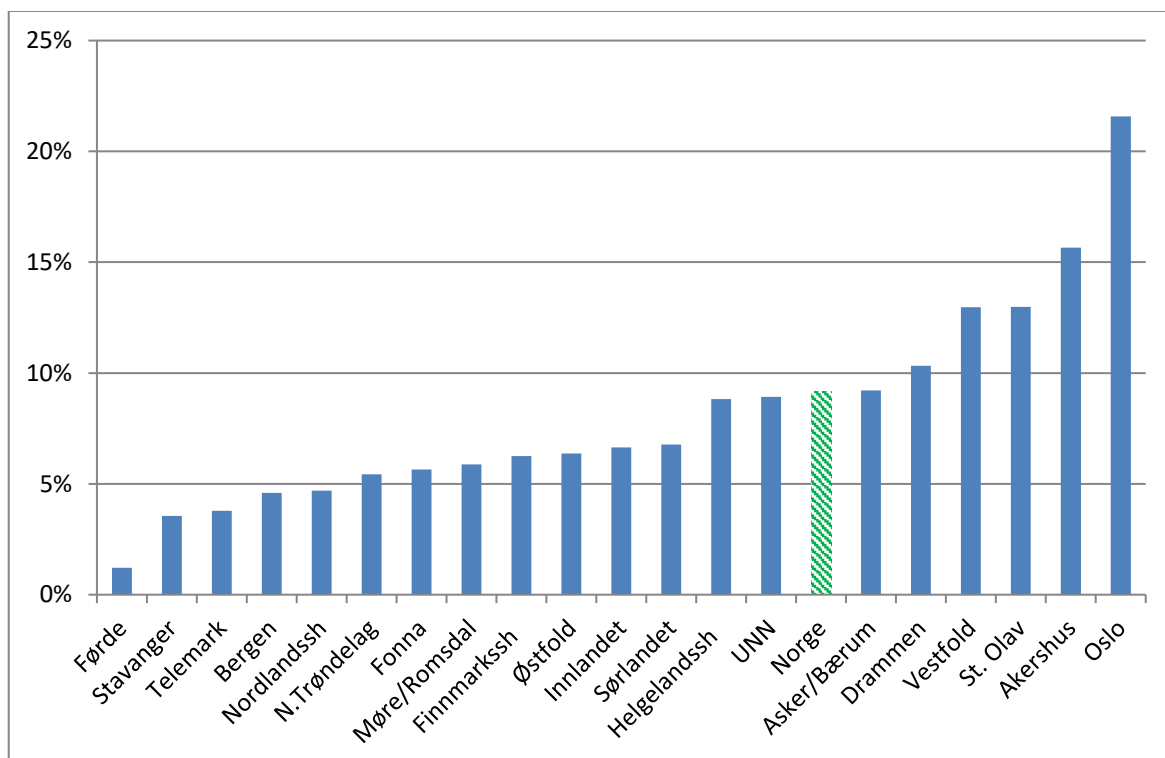
DEL B: RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER

Opioider utenom LAR mediament

Vi ser av figur 31 at andelen som har brukt et opioid i rus-øyemed siste 4 uker var 9 %. Dette nivået har vært stabilt siden 2013. Mindre lokale forskjeller forekommer, og som tidligere er det Oslo som har høyest andel (22 % i 2021), mens tiltakene i Førde, Stavanger, Telemark, Bergen og Nordlandssykehuset har mindre enn 5 %. Spørsmålets sensitivitet og den høye andelen «ukjent» (15 %) gjør imidlertid underrapportering sannsynlig.

Figur 31. Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker (ukjent 14,7 %)

Førde	1 %
Stavanger	4 %
Telemark	4 %
Bergen	5 %
Nordlandssh	5 %
N.Trøndelag	5 %
Fonna	6 %
Møre/Romsdal	6 %
Finnmarkssh	6 %
Østfold	6 %
Innlandet	7 %
Sørlandet	7 %
Helgelandssh	9 %
UNN	9 %
Norge	9 %
Asker/Bærum	9 %
Drammen	10 %
Vestfold	13 %
St. Olav	13 %
Akershus	16 %
Oslo	22 %
Førde	1 %

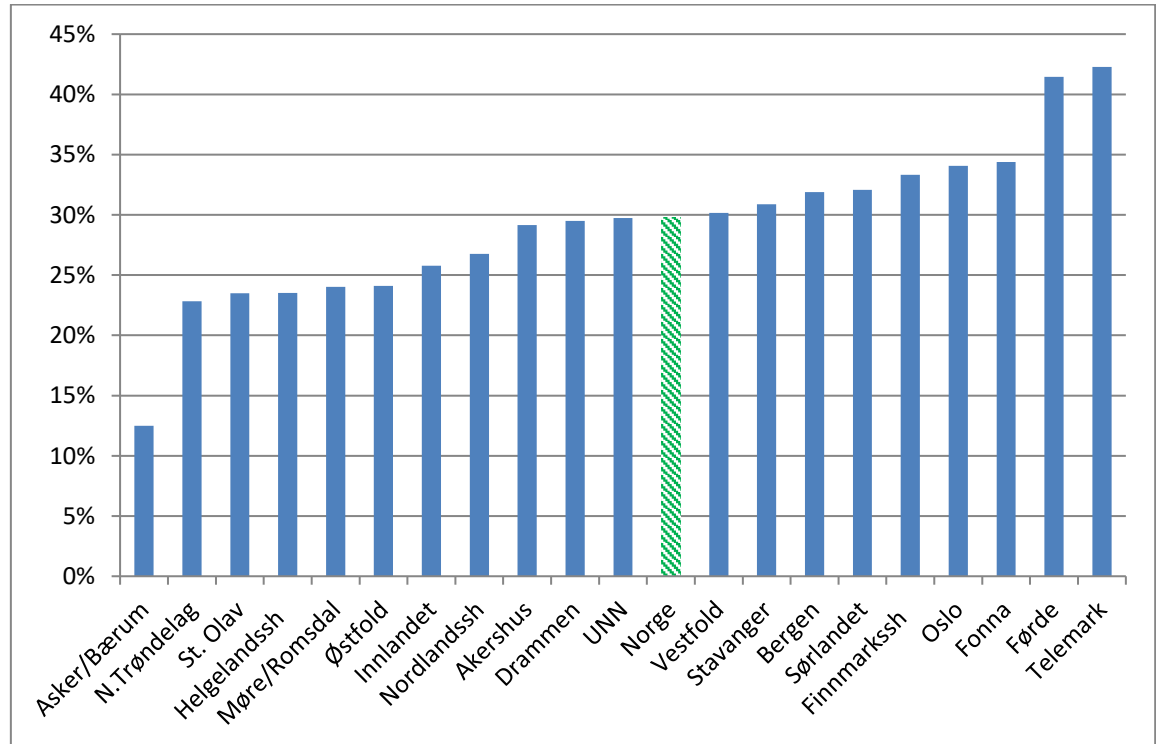


Cannabis

Figur 32 viser at 30 % har brukt cannabis minst én gang de siste 4 ukene. Dette er omtrent likt som tidligere år. Helseforetakene i nord og Bergen skiller seg ut i årets rapport med høy andel ukjent, rundt 25 %. Asker og Bærum, som har lavest andel bruk av cannabis (13 %), har også høy andel ukjent (22 %), mens Telemark som ligger høyest (42 %), kun har 4 % ukjent. Igjen er det ikke åpenbart om forskjellene er systematiske eller skyldes ulik rapportering og tilfeldigheter. Uavhengig av metodevansker er cannabisbruk betydelig mer utbredt enn i den generelle befolkning av samme alder.

Figur 32. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker (ukjent Norge = 15,2 %)

Asker/Bærum	13 %
N.Trøndelag	23 %
St. Olav	23 %
Helgelandssh	24 %
Møre/Romsdal	24 %
Østfold	24 %
Innlandet	26 %
Nordlandssh	27 %
Akershus	29 %
Drammen	30 %
UNN	30 %
Norge	30 %
Vestfold	30 %
Stavanger	31 %
Bergen	32 %
Sørlandet	32 %
Finmarkssh	33 %
Oslo	34 %
Fonna	34 %
Førde	41 %
Telemark	42 %

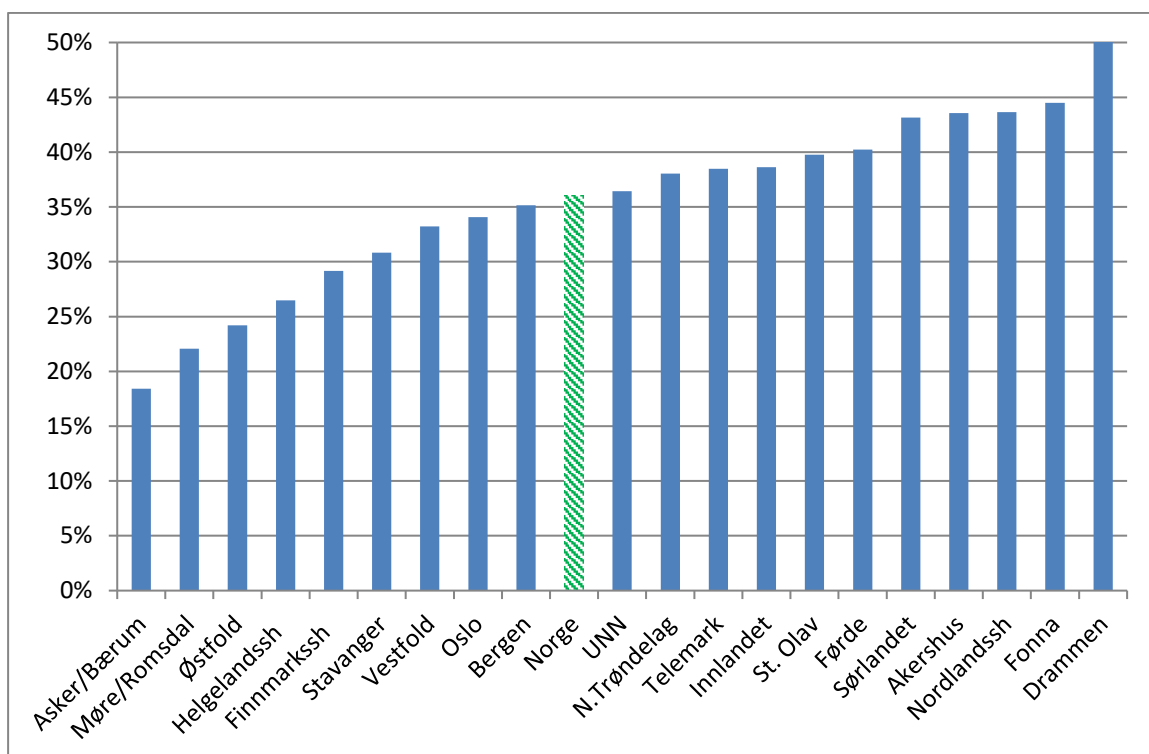


Benzodiazepin

Figur 33 viser bruk av benzodiazepin i 2021. Spørsmålet om benzodiazepinbruk skiller ikke mellom legeordinert eller selvbestemt bruk. Forskjellen i bruken av benzodiazepin er særlig stor når det gjelder Asker og Bærum og Drammen. Samtidig er graden av «ukjent» varierende nasjonalt (3-28 %), og dette vanskeliggjør fortolkning av ulikheter mellom tiltakene. Benzodiazepinbruken nasjonalt har gått gradvis ned fra 42 % i 2012 til 36 % i 2021.

Figur 33. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker (ukjent = 13,7 %)

Asker/Bærum	18 %
Møre/Romsdal	22 %
Østfold	24 %
Helgelandssh	26 %
Finnmarkssh	29 %
Stavanger	31 %
Vestfold	33 %
Oslo	34 %
Bergen	35 %
Norge	36 %
UNN	36 %
N.Trøndelag	38 %
Telemark	38 %
Innlandet	39 %
St. Olav	40 %
Førde	40 %
Sørlandet	43 %
Akershus	44 %
Nordlandssh	44 %
Fonna	44 %
Drammen	51 %

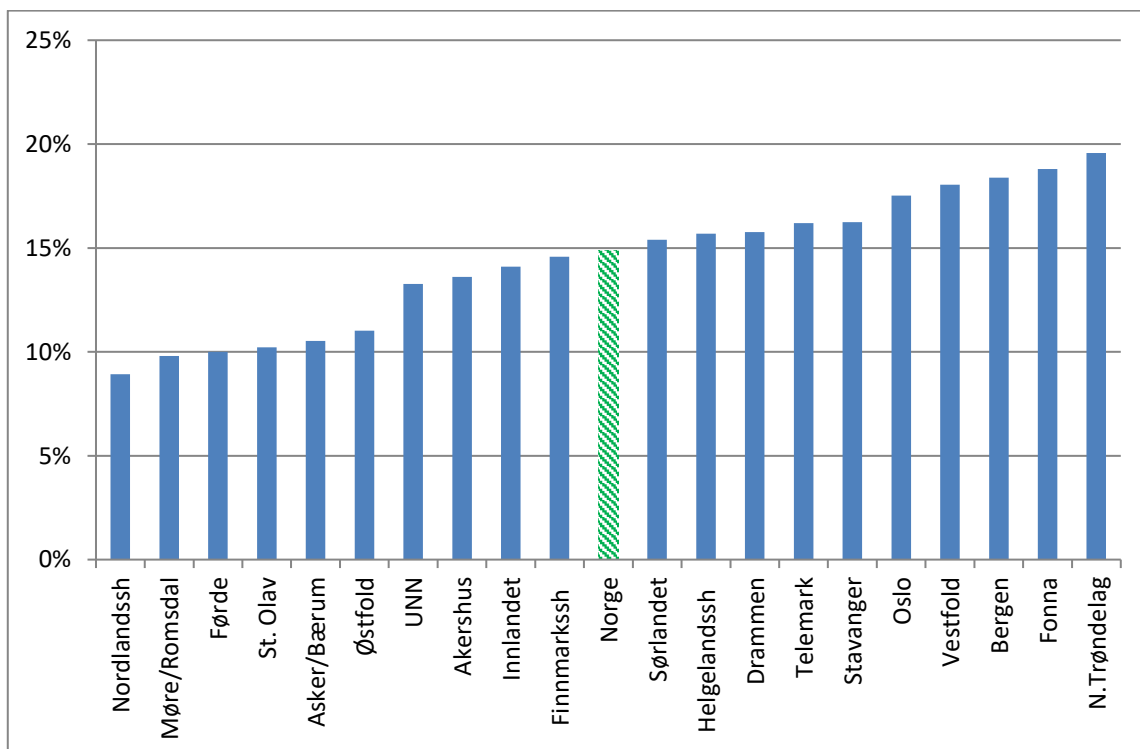


Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 34.

Figur 34. Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. (Ukjent = 15,3 %)

Nordlandssh	9 %
Møre/Romsdal	10 %
Førde	10 %
St. Olav	10 %
Asker/Bærum	11 %
Østfold	11 %
UNN	13 %
Akershus	14 %
Innlandet	14 %
Finnmarkssh	15 %
Norge	15 %
Sørlandet	15 %
Helgelandssh	16 %
Drammen	16 %
Telemark	16 %
Stavanger	16 %
Oslo	18 %
Vestfold	18 %
Bergen	18 %
Fonna	19 %
N.Trøndelag	20 %



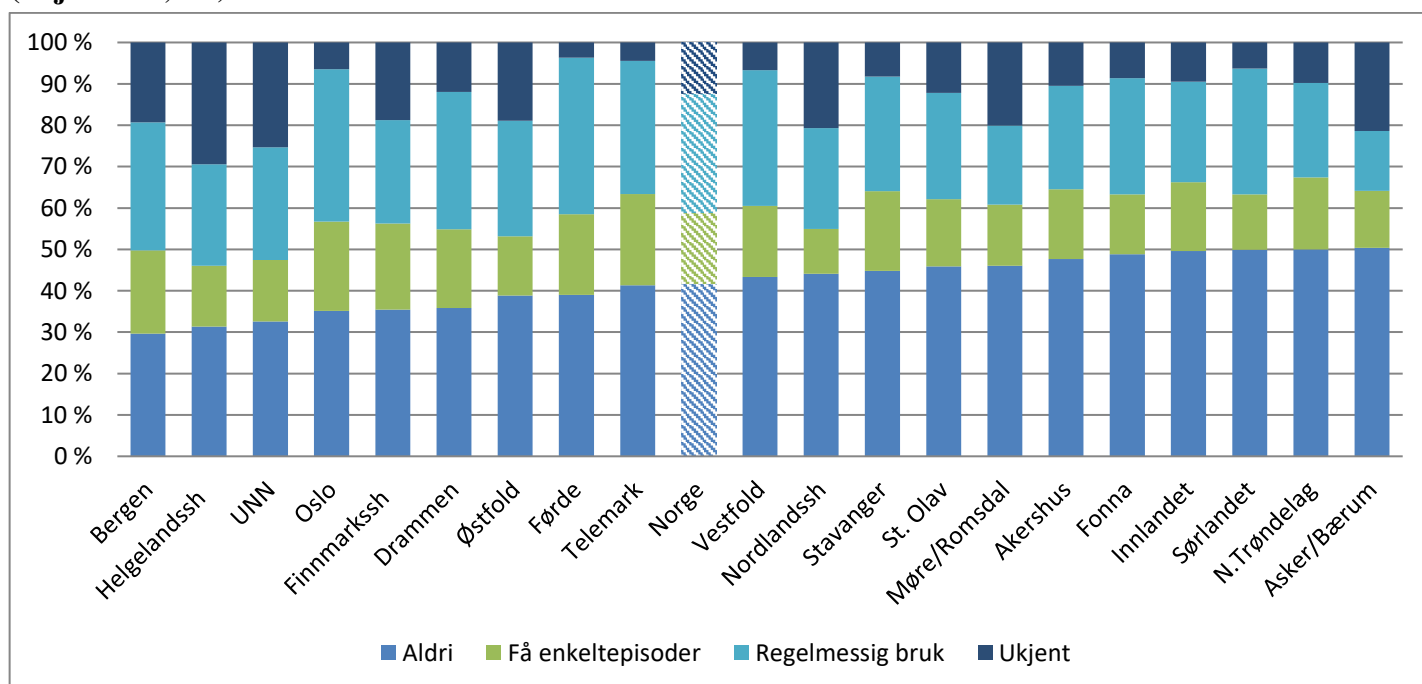
På landsbasis har andelen med påvist bruk av sentralstimulerende midler vært 15 % siden 2014. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. I 2021 er det Fonna, og Nord-Trøndelag som ligger opp mot 20 %, mens Nordlandssykehuset ligger lavest med 9 %. Hvem som ligger høyest og lavest varierer noe fra år til år, og generelt er det små forskjeller mellom helseforetakene.

Frekvens av rusmiddelbruken

I følge statusundersøkelsen 2021 var det på landsbasis 42 % som overhodet ikke har brukt noen rusmidler de siste 30 dagene. I 2021 har 17 % hatt enkeltepisoder, mens 29 % hadde mer regelmessig bruk (flere enn 4 episoder siste måned). Nivået for regelmessig bruk er tilsvarende nivået i 2020 og årene før.

Figur 35 viser svarfordelingen i de enkelte tiltakene. Det er relativt liten forskjell mellom tiltakene. De fleste tiltakene har så mange som mellom 4 og 5 av ti uten bruk. Andelen uten bruk er noe lavere i Bergen, Oslo, Drammen, og i nord med unntak av Nordlandssykehuset, som har 44 % uten bruk. På landsbasis utgjør «lavfrekvent bruk» uttrykt som «aldri brukt/få enkeltepisoder» 59 %, tilsvarende som 2020. Klart bedre resultater enn landsgjennomsnittet i «lavfrekvent bruk» er rapportert fra Nord-Trøndelag (67 %) og Innlandet (66 %).

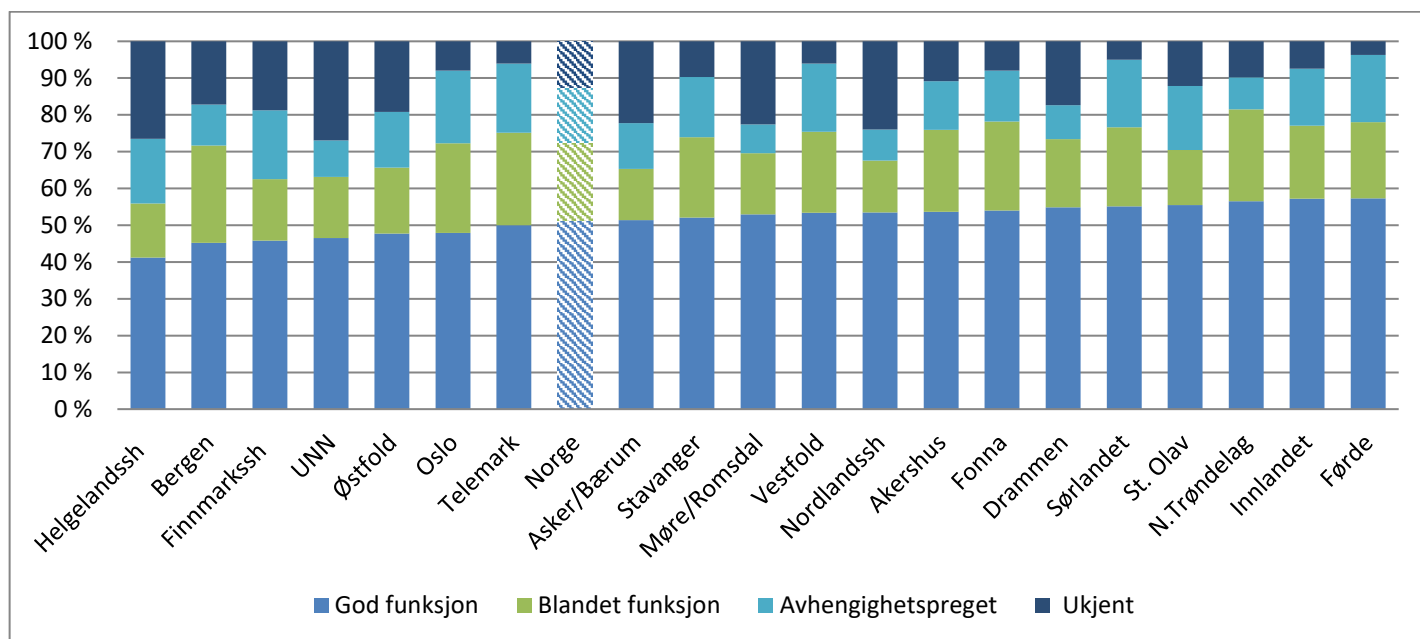
Figur 35. Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri» (ukjent = 12,4 %)



Rusmiddelmestring

Figur 36 viser mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. «God funksjon» betyr at det ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. God funksjon finner vi i 2021 for litt over halvparten (51 %), et nivå som har vært stabilt siden 2014. Også for de andre kategoriene ser vi konsistent sammenlignbare nivå fra tidligere år: omtrent 15 % beskrives med en avhengighetspreget bruk (hvor rusmidler dominerer livsførselen) og 21 % er i en mellomkategori med mer variabel fungering. Det er liten forskjell mellom helseforetakene.

Figur 36. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken vurdert av hovedkontakt. (Andel ukjent = 12,6 %)



Vurderinger av rusmiddelbruken

Grad av rusmiddelbruk under LAR er et viktig effektmål, spesielt bruk av opioid-holdige stoffer, men andre rusgivende midler kan også ha innvirkninger på rehabiliteringsprosessen og evnen til å følge opp behandlingen. Statuskjema måler «bruk/ikke bruk» av de viktigste rusmidlene enkeltvis. I tillegg måles det hyppigheten og alvorligheten av rusmiddelbruk på tvers av stoffer. Alle tre områder er naturligvis sensitive og tematikken utgjør ofte kjernen i LAR-oppfølgingen. Bruk av svaralternativet «ukjent» er jevnt over mellom 10 og 15 %, og denne kategorien tillater tvil samtidig som den skaper aksept for at man aldri kan være helt sikker. Kontrollundersøkelsen som ble gjennomført i 2018 viste tilfredsstillende samsvar mellom hva klinikere rapporterte og pasienters svar om bruk av de ulike rusmidlene siste fire uker (mer enn 70 % samsvar)¹⁰.

Langt fra all rusmiddelbruk medfører problemer, men målgruppen vår har høyere risiko for å bruke rusmidler på en problemfylt måte. Derfor er det ekstra viktig å kunne slå fast at i underkant av 60 % bruker rusmidler mens de er i LAR. Prosentangivelsen inkluderer ukjent-svar om hyppighet av rusmiddelbruk. Når det gjelder opioid-holdige stoffer, så viser LAR seg mest effektiv med 9 % som brukte siste måned. Benzodiazepinbruk er mer utbredt med 36 % som bruker på landsbasis. Samtidig er benzodiazepinbruk også mer sammensatt, fordi vi ikke kan vite hvem av pasientene som får benzodiazepin på resept eller bruker på annen måte og likevel kontrollert. Det er dessuten slik at mer enn halvparten av pasientene har god funksjon ift. rusmiddelbruk og bruker rusmidler sjelden eller aldri.

Hovedkonklusjonen er at mer enn halvparten viser god rusmestring med lite bruk av rusmidler, og dette nivået er sammenlignbart med funn fra tidligere rapporter. Samtidig ser vi en undergruppe på omtrent 20 til 30 % som bruker rusmidler regelmessig og ukontrollert. Gjennom LAR vil disse allikevel kunne holde kontakt med tiltaksapparatet og vil kunne tilbys helsehjelp når behovet melder seg.

¹⁰ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Haaseth A, Lillevold PH, Skeie I (2019). SERAF rapport 1/2018. Statusrapport 2018. LAR i rusreformenes tid. Oslo: UIO og OUS

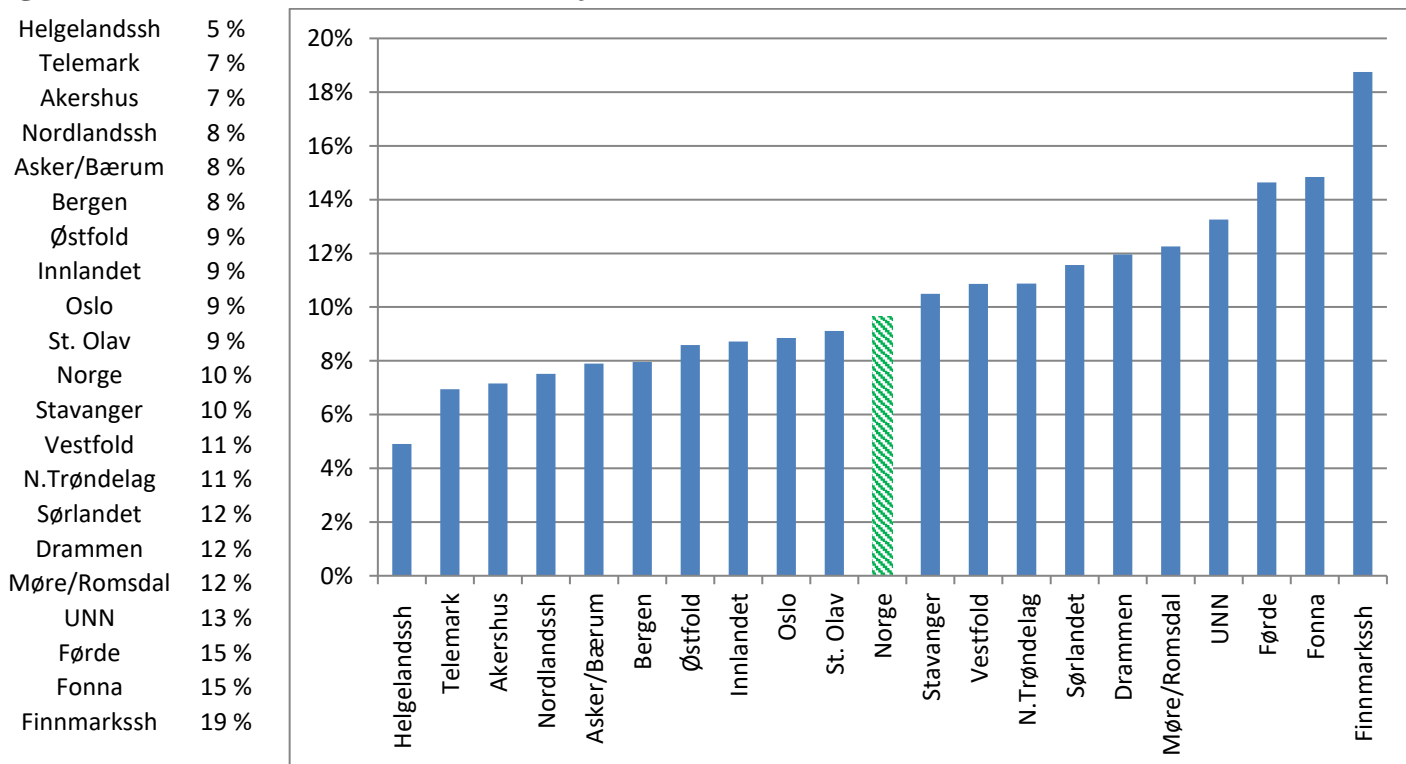
DEL C: FUNKSJON SISTE ÅR

Undersøkelsen vurderer også hele tidsperioden «siste år». Dette gjelder bare tiden i LAR slik at tidsperioden blir kortere for de som har begynt i LAR i løpet av året.

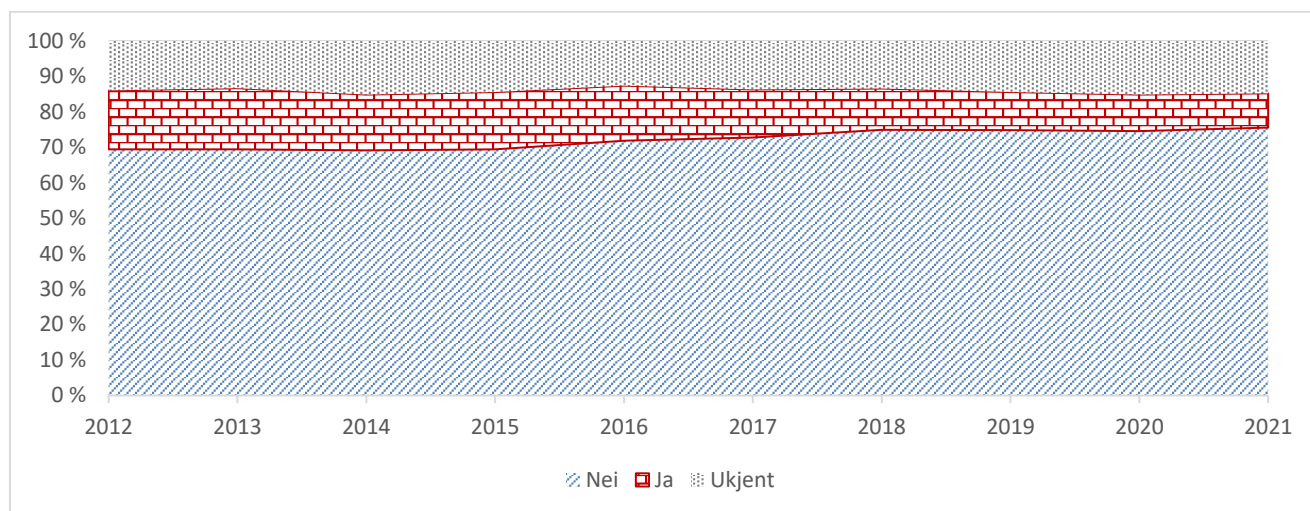
Kriminalitet

Figur 37 viser andelen som har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år. For 2021 gjelder dette 10 % som er det samme som året før. Andel «ukjent» er nokså høy (15%). LAR ved Helgelandssykehuset, hadde lavest andel i 2021 (5 %), mens Finnmarkssykehuset har høyest (19 %). Dette mønsteret har skiftet fra år til år slik at variasjonene mellom sentrene kan skyldes tilfeldigheter. Nivået på landsbasis synes imidlertid nokså konstant over tid, med en noe fallende tendens de senere årene (jf. Fig 38).

Figur 37. Andel som har vært arrestert (ukjent = 14,8 %)



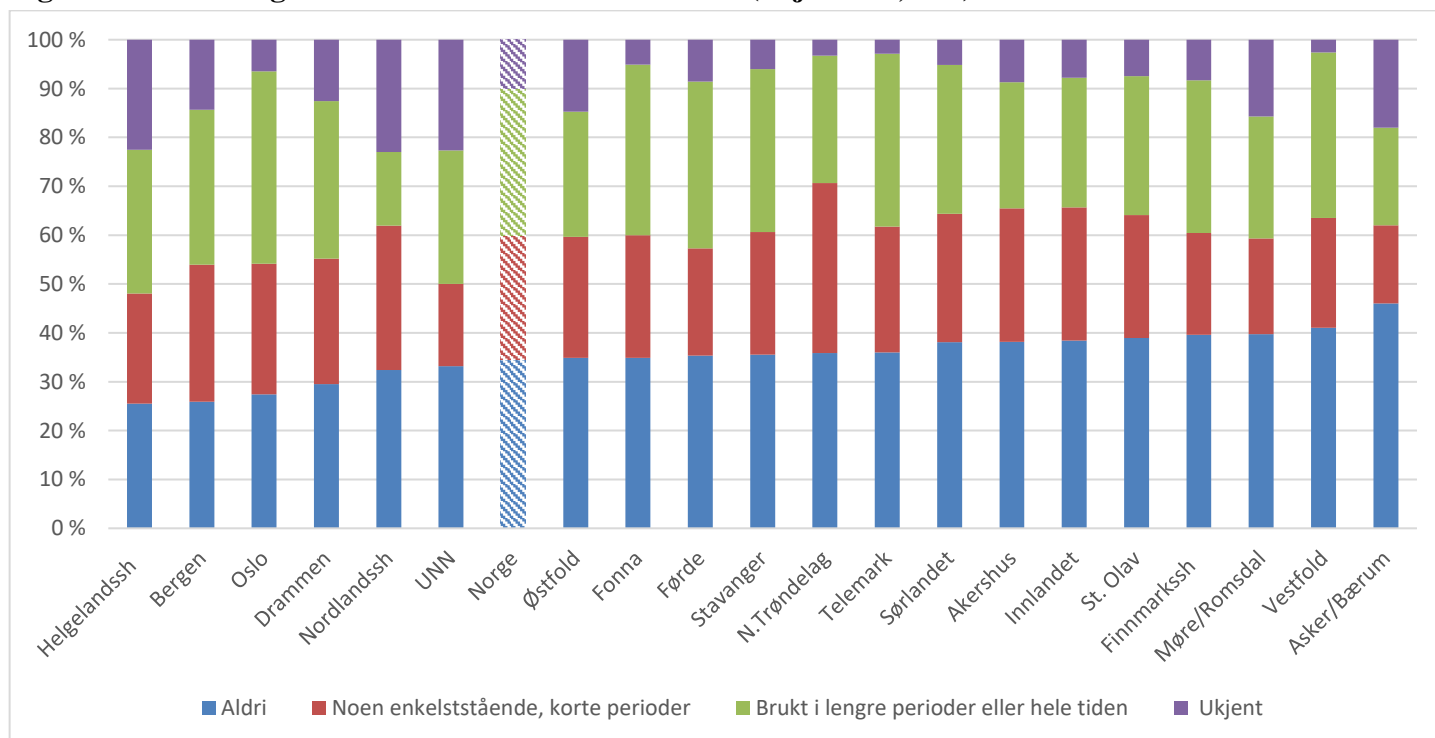
Figur 38. Utvikling av arrestasjoner på landsbasis over tid (2012 til 2021).



Bruk av rusmidler siste år

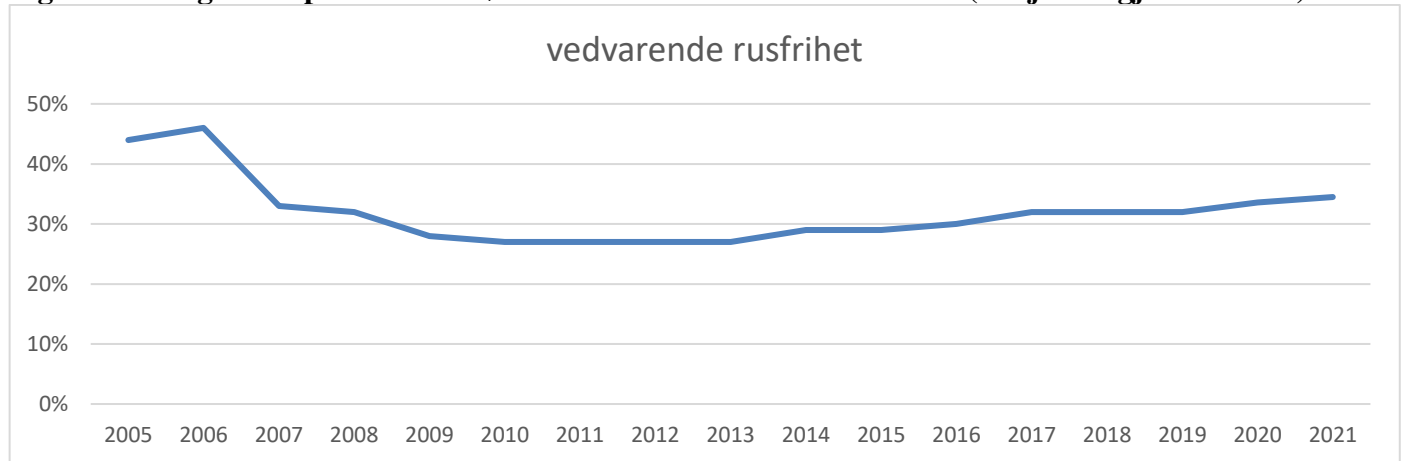
Figur 39 viser vurdering av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. Gjennomsnittet i Norge er omtrent uendret fra årene før med 35 % av pasientene som vurderes til å ha vært helt rusfrie hele året (mot 34 i 2020, 32 % i 2019, 30 % i 2016 og 29 % i 2015). Ytterligere 25 % har hatt kun kortere episoder med bruk gjennom 2021. Totalt 60 % blir vurdert til å være i en svært god eller god situasjon når det kommer til bruk av rusmidler. Helgelandssykehuset, Bergen og Oslo har færre enn 30 % helt uten rusmiddelbruk mens LAR i Vestfold og Asker og Bærum rapporterer over 40 %.

Figur 39. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (ukjent = 9,9 %)



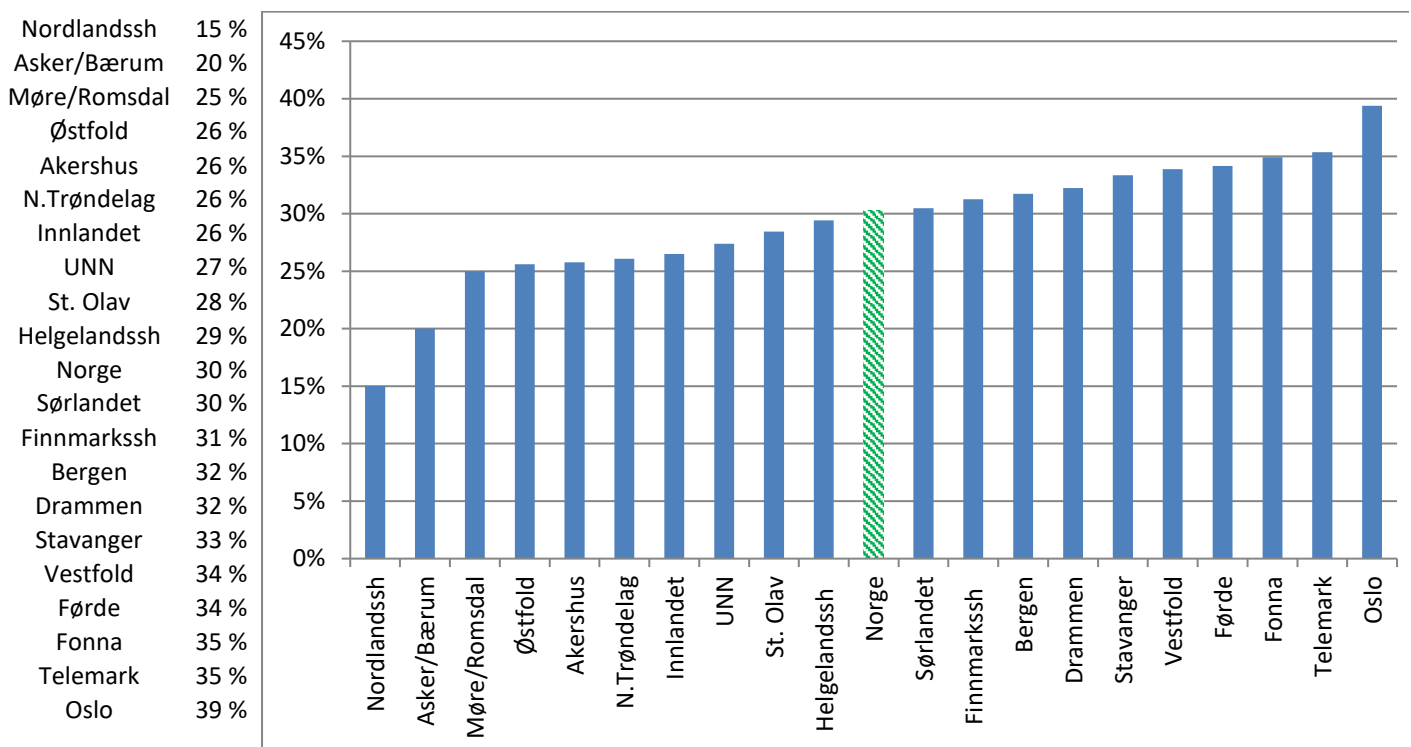
Figur 40 under viser den årlige andelen som bedømmes til ikke å ha brukt illegale rusmidler eller hatt en skadelig eller plagsom bruk av alkohol siste år. Vi ser at andelen falt de første årene mens den har ligget nokså stabilt rundt 30 % siden 2009. Etter 2013 kan det kanskje spores en svak økning, altså noen flere som er helt rehabilitert i forhold til rusmiddelbruken. Årets nivå (35%) er det høyeste siden 2007 (33 %).

Figur 40. Årlig andel pasienter bedømt vedvarende rusfrie siden 2005 (Nasjonalt gjennomsnitt)



Andelen som har brukt rusmidler i lengre perioder eller hele tiden er vist i figur 41. For hele Norge var andelen som er vurdert til å ha vedvarende alvorlig rusmiddelbruk på 30 % i 2021, noe som er 4 prosentpoeng lavere enn i 2020. Vi ser at LAR i Oslo har den høyeste andelen med langvarig bruk der nesten 4 av 10 har brukt rusmidler i lengre perioder. Ved Nordlandssykehus og i Asker og Bærum har 2 av 10 eller færre brukt rusmidler mesteparten av tiden.

Figur 41. Andel med langvarig bruk eller bruk hele tiden (ukjent = 9,9 %)



Vurderinger

Om en ser hele siste år under ett, ser vi en populasjon hvor en høyere andel har sosiale og menneskelige vansker enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette er målt med enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er fortsatt en reelt forhøyet andel som har vært arrestert, men forekomsten er markert lavere enn den vi vanligvis finner blant brukere av illegale rusmidler. Ikke-dødelige overdoser er også et problem behandlerne må være oppmerksomme på og kunne iverksette overdoseforebyggende tiltak ved behov. Det samme gjelder den relativt høye andelen med suicidforsøk.

Det er en tredel som er helt rusfri og en tilsvarende andel med lavt og mer sporadisk rusmiddelbruk men også nær en tredel med vedvarende og omfattende bruk. Bruken av rusmidler er typisk sett gått vesentlig ned og både den enkelte og samfunnet har gevinster. Også sett i et skadereduksjonsperspektiv fungerer LAR godt. Det bør dessuten vektlegges at majoriteten av de med vedvarende rusproblemer som hovedregel har ordnete boforhold og samarbeid med NAV om økonomiske forhold, ikke sjelden uføretrygd.

Bak disse tallene ser vi en gruppe mennesker hvor mange har betydelig problemer av flere typer. Mange behov oversees og andelen med alvorlige livsvansker er for høy. Dette peker både mot metodeforbedringer og utvidet og forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale aktører slik at videre rehabiliteringsarbeid kan finne sted.

DEL C: DØDSFALL I LAR

LAR-tiltakene har meldt antall dødsfall gjennom tiltakenes Årsrapportering siden 2000. Sammenholdt med middeltallet for antall i behandling, kan en derfor regne ut den årlige mortaliteten som antall dødsfall/100 pasientår som er det samme som prosentandelen som døde av antall pasienter i behandling (mortalitetsraten). I årets statusrapport presenteres stort sett resultater på de samme variablene som i foregående rapporter.

Det ble meldt inn i alt 102 dødsfall i Årsrapporteringen fra LAR i helseforetakene (HF) for 2021 og det forelå 100 skjemaer med opplysninger om dødsfallet (heretter kalt ”dødsregistreringsskjema”). Med så liten forskjell har vi ved beregning av årlig mortalitet i LAR tatt utgangspunkt i 102 døde. Dette tilsvarer en mortalitetsrate i 2021 på 1,26/100 pasientår. Tabell 4 viser antall døde, nasjonalt og regionalt.

Tabell 4. Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene.

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

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

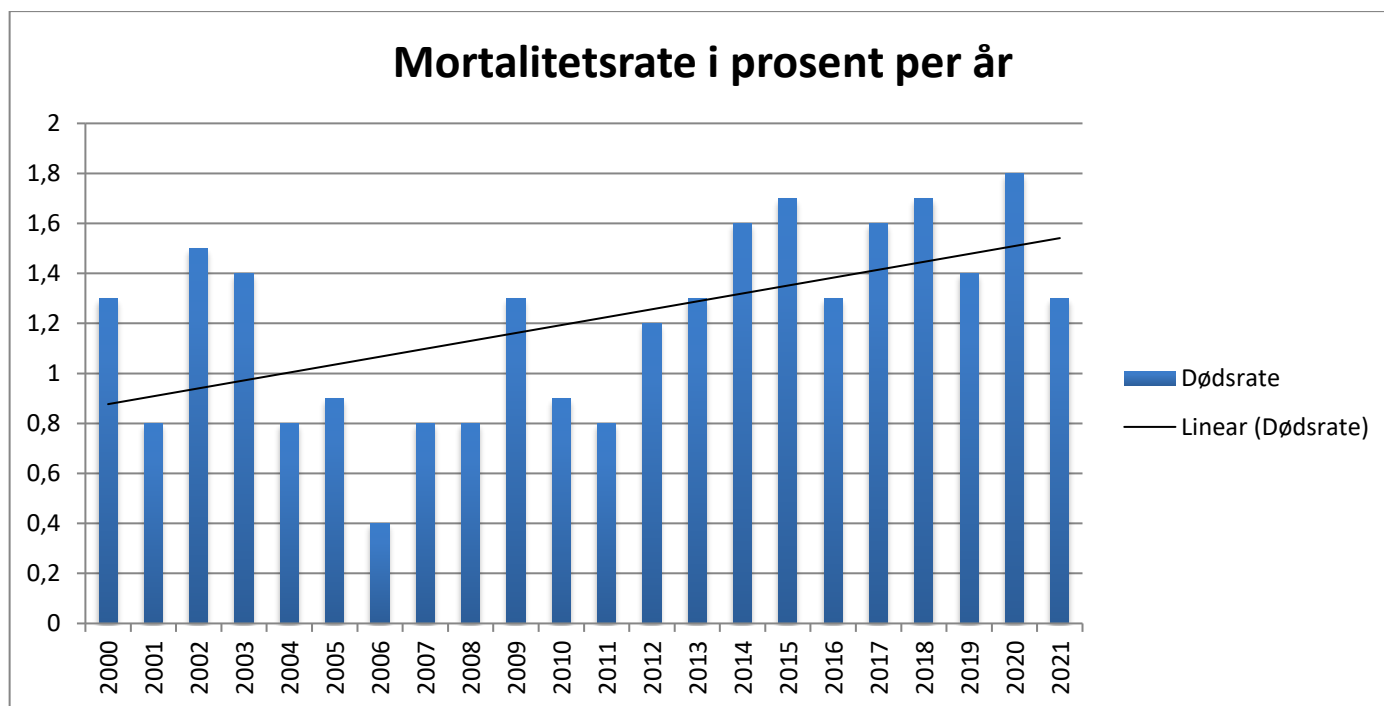
* Etter korleksjon for dødsfall som kommer mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 per 100 pasientår både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018, 1,3 i 2019, 1,7 i 2020 og 1,2 i 2021.

Av de 102 døde var 91 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet, en hadde ikke hentet LAR-medisin siste 1-5 dager, to hadde ikke hentet siste 6-30 dager og to hadde ikke hentet på mer enn 30 dager, ytterligere en hadde ikke LAR-medikament ved dødsfallet (ukjent varighet) og for tre var LAR-status ukjent.

Pga. av raskt tap av opioidtoleranse etter seponering av opioider, regner vi som tidligere år at de som var under pågående medisinering og de som hadde vært uten LAR-legemiddel i maksimalt fem dager var ”under LAR-behandling” (92 personer), mens de som hadde vært umedisinert mer enn 5 dager ble regnet som ”etter LAR” (5 personer). Dessuten manglet dødsregistreringsskjema for to personer. Hvis vi tar med de tre med ukjent LAR-status og de to uten skjema, får vi maksimalt 97 døde under behandling, som gir en dødsrate på 1,19 %. I den videre beskrivelsen av dødsfallene tar vi, hvis ikke noe annet er presisert, utgangspunkt i de 92 dødsfallene som vi med sikkerhet vet har skjedd ”under LAR-behandling”.

Dødsraten under LAR-behandling på 1,2 % Dette er betydelig lavere enn i 2020 (1,7 %) og mer på linje med 2019 (1,3 %). Det er mest naturlig å vurdere ratene for 2020 (høy) og 2021 (lav) som tilfeldige svingninger innenfor den langsiktige trenden med svakt økende mortalitet i LAR som vi har sett gjennom hele LAR-historien i Norge.

Figur 42: Mortalitetsrate i prosent døde per år 2000–2021. Alle dødsfall meldt inn i årsrapporteringen fra LAR i helseforetakene.



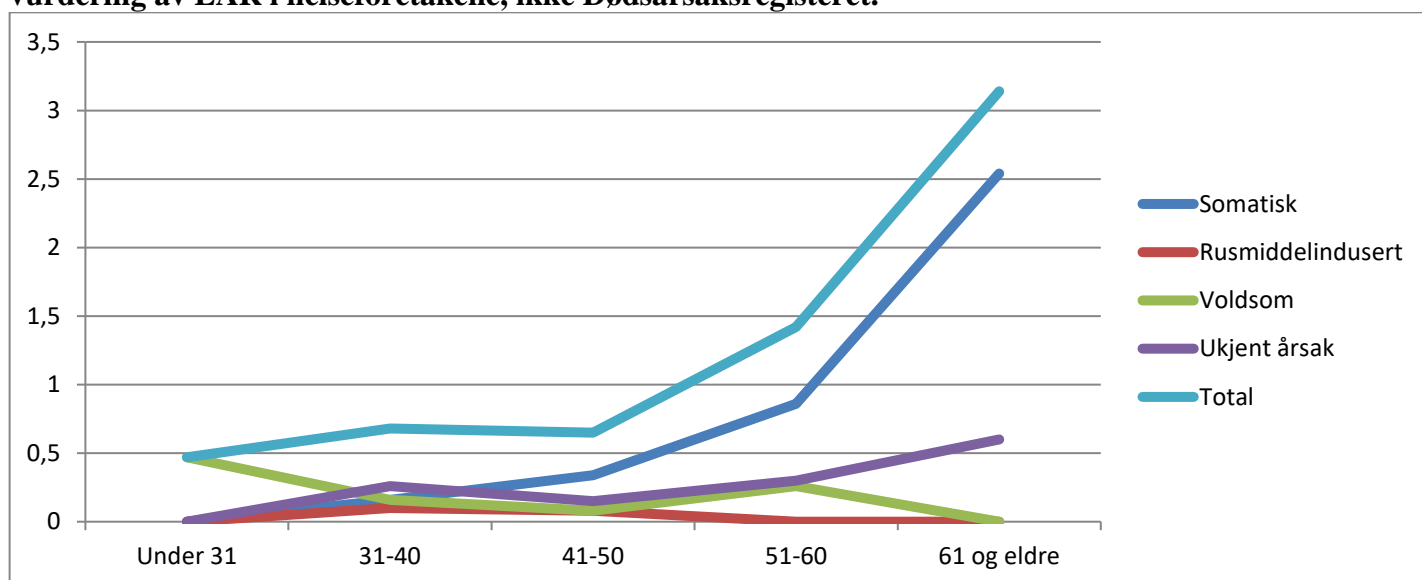
Dødsårsaker og aldersprofil

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

I 2013 var gjennomsnittsalderen blant dem som døde 46,0 år og i 2021 hadde den økt med 7,2 år til 53,2 år. Gjennomsnittsalderen for alle i behandling steg med 4,3 år, fra 42,7 til 47,0 år, i samme tidsrom. Alderen ved død stiger altså betydelig raskere enn gjennomsnittsalderen i hele LAR-populasjonen, noe som gjenspeiler at dødeligheten øker med økende alder.

Mortalitetsraten for de ulike hovedgruppene av dødsfall i de ulike aldersgruppene vises i figur 43. Ratene viser i hovedsak samme mønster som de foregående år. Raten for rusmiddelinduserte dødsfall (i hovedsak overdosedødsfall) og voldsomme dødsfall er relativt stabile over aldersgrupper, mens dødsfall av somatisk årsak stiger fra rundt 40 års alder. Dødsfall der LAR ikke er kjent med dødsårsaken stiger også fra rundt 50 år. Økningen i somatiske dødsfall etter 40 år er hovedårsaken til aldersprofilen for den totale dødeligheten.

Figur 43. Mortalitetsrate i prosent døde per år etter dødsårsak og aldersgruppe i 2021. Dødsårsaker etter vurdering av LAR i helseforetakene, ikke Dødsårsaksregisteret.



Tabell 5 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene i de 92 dødsfallene ”under LAR-behandling”. Vi har ikke hatt tilgang til data fra Dødsårsaksregisteret. Blant de 72 med angitt dødsårsak bygger denne for bare 8 % på obduksjonsrapporter. I studien av alle dødsfall i LAR i 2014–2015¹¹ var ca. 60 % av de døde obdusert, og vi må derfor anta at HF-ene i liten grad har kjennskap til resultatet av obduksjonene. For 47 % var antatt dødsårsak basert på epikrise fra sykehus, for 17 % på opplysninger fra behandlende lege og for 29 % andre kilder, som kan være andre deler av hjelpeapparatet, politiet, pårørende eller bekjente av avdøde. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger. Fordelingen av dødsårsaker avviker lite fra tidligere år.

Blant dem som døde av somatisk sykdom, var gjennomsnittsalderen i 2021 56,6 år for voldsomme dødsfall 46,1 og for overdosedødsfall 42,3 år. Særlig blant dem som dør av somatisk sykdom vil vi forvente at gjennomsnittsalderen vil øke etterhvert som LAR-populasjonen blir eldre. Regner vi med dem med ukjent dødsårsak, døde 53 av 92 (58 %) av somatiske årsaker, av dem under 51 år hadde 38 % somatisk dødsårsak mot 70 % av dem fra 51 år og oppover. Når vi bare tar med dem med oppgitt dødsårsak, døde 76 % av somatisk sykdom i 2021, mot 73 % i 2020, 72 % i 2019, 71 % i 2018, 66 % i 2017, 59 % i 2016, 68 % i 2015, 63 % i 2014 og 56 % i 2013. Flest, og en økende andel dør altså av somatiske årsaker. Kreft, hjerte-kar-sykdom, lungesykdom og bakterielle infeksjoner dominerer.

I hele LAR-populasjonen var 70 % menn og 30 % kvinner i 2021, mens det blant de døde er 76 % menn og 24 % kvinner. Mortalitetsraten var 1,1 % både for menn og kvinner (en person, der kjønn ikke var oppgitt, er ikke med i beregningen). Menn utgjorde 72 % av dem som døde av somatisk årsak, 4 av 4 som døde av overdose og 12 av 13 med voldsom dødsårsak dette året.

¹¹ Bech AB, 2019

Tabell 5. Dødsfall under LAR-behandling* i 2021: dødsårsak, kjønn og alder. Inkluderte i beregningene er 92 døde, 71 med antatt kjent dødsårsak, 21 uten.

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med antatt kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder gjennomsnitt (laveste og høyeste)
Lever sykdom inkl. leverkreft	6	4	2	56,2 (50–61)
Bakteriell infeksjon, inkl. ”multiorgansvikt”	8	8	0	512,1 (39–66)
Kreft (unntatt leverkreft)	14**	9	4	56,3 (44–73)
Hjerte/kar	7	5	2	60,7 (51–69)
Nyre	3	1	2	48,0 (40–60)
Annen somatisk	15	10	5	58,9 (35–68)
Somatisk total	53 (76)**	37 (71)	15	56,6 (35–73)
Overdose	4 (6)	4 (100)	0	42,3 (35–49)
Homicid	0	0	0	0
Suicid	7	6	1	45,6 (29–56]
Ulykke	6	6	0	46,7 (28–57]
Voldsom død – total	13 (19)	12 (92)**	1	46,1 (28–57)
Ukjent	22	16 (73)	6	52,0 (38–67)
Total	92	69 (75)	22	53,2 (28–73)

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

** For en av de som døde av somatisk årsak er det ikke angitt kjønn.

Overdosedødsfall

6 (6 %) av alle innmeldte dødsfall i 2021 var overdoser. 4 skjedde under pågående LAR-medisinerings, mens ett skjedde mellom seks og 30 dager og ett mer enn 30 dager etter avsluttet medisinering. Mortalitetssraten for overdoser er 0,05 %, under behandling, som er lavere med de foregående år. Det var 26 dødsfall med ukjent årsak og det er rimelig å anta at en større andel av disse skyldes overdose enn blant dødsfall med kjent årsak. Det vil være spontane svingninger i antall overdosedødsfall fra år til år, men de årlige dødsfallregistreringene fra 2014 viser at overdosedødeligheten er sterkt redusert under LAR-behandling. Det er også grunn til å anta at LAR reduserer det totale antallet dødelige overdoser. Problematikken rundt overdosedødsfall i LAR og LAR-medikamenter som årsak til dødsfall utenfor LAR er grundigere drøftet i Statusrapporten for 2019.

Dødssted

Av de 54 som døde av somatisk årsak, døde 41 (76 %) i sykehus/sykehjem og 9 (17 %) hjemme. Den høye andelen som dør i sykehus/sykehjem, gir grunn til å anta at svært mange av dem som dør av *kronisk* somatisk

sykdom, får adekvat medisinsk behandling i livets slutfase. Men når nesten 20 % av dem med somatisk dødsårsak dør hjemme, kan det samtidig tyde på at en betydelig del av dem som dør av *akutt* somatisk sykdom, ikke kommer under medisinsk behandling. Her ligger det en mulighet for forbedring gjennom bedre rutiner for oppfølging av pasienter som blir syke.

2 av de 4 som døde av overdose døde hjemme, mens 15 av 22 med ukjent dødsårsak også døde hjemme, noe som kan indikere en høyere andel overdoser.

Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

33 % av alle LAR-pasientene brukte i 2021 metadon, mens 61 % brukte buprenorfin (38 % bupr. smeltetablett, 8 % buprenorfin/nalokson smeltetablett og 15 % buprenorfin depot injeksjon) og 5 % andre opioider som LAR-medikament. Tabell 6 viser hvilke LAR-medikamenter de døde i 2021 brukte. 56 % brukte metadon mot i gjennomsnitt 54 % 2014–2020 og 40 % buprenorfin mot i gjennomsnitt 42 % 2014–2020.

Den totale mortalitetsraten for dem som sto på metadon var i 2021 1,8 % og 0,7 % på buprenorfin. For somatisk dødsårsak var raten på metadon 1,1 % mot 0,4 % på buprenorfin, for overdosedødsfall 0,1 % på metadon mot ingen dødsfall på buprenorfin, for voldsomme dødsårsaker 0,2 % på både metadon og buprenorfin og for dødsfall av ukjent årsak 0,3 % metadon og 0,2 % på buprenorfin. De generelt høyere mortalitetsratene for pasienter på metadon sammenlignet med buprenorfin er i tråd med funn tidligere år. Gjennomsnittsalderen for metadonpasientene som døde var 54,0 år mot 52,4 år for dem på buprenorfin og forskjellen er om lag som året før, mens alderen var høyere for begge grupper enn i 2020. Blant de døde under 51 år brukte 59 % metadon og 38 % buprenorfin, mens blant de eldste fra 51 år og oppover brukte 54 % metadon og 41 % buprenorfin, forskjellen er altså liten mellom den under og over 51 år.

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

Som i 2020 er buprenorfin depot injeksjon skilt ut som egen kategori i 2021. Fem (5 % av alle døde) av de døde brukte dette, noe som gir en dødsrate på 0,6 % som i 2020. Tre som døde brukte andre opioider enn metadon eller buprenorfin som LAR-legemiddel, to av somatisk og en av ukjent årsak.

Tabell 6. LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2021. N=91.

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Annet	Total
Somatisk	32	18	2	53
Overdose	4	0	0	4
Voldsomt dødsfall	5	8	0	13
Ukjent	10	10	1	21
Total	51	36	3	91

Dosenivå på LAR-legemiddel

Gjennomsnittsdose metadon var 89,5 mg for hele populasjonen og 96,7 mg blant de døde (spredning 20 mg – 410 mg), for buprenorfin monopreparat 14,5 mg for alle og 11,4 mg for de døde (2 mg – 18 mg), for buprenorfin/nalokson 13,7 mg for alle og 16,0 mg for den ene døde på dette legemidlet. Det er små endringer fra tidligere år.

Dødsfall etter avbrudd ("drop-out") og planlagt avslutning av LAR.

Vi har ikke total oversikt over dødeligheten etter avslutning LAR. Vi regner med at alle dødsfall som skjer 1–5 dager etter siste inntak av LAR-legemiddel er meldt inn, men mangler systematisk oversikt for senere dødsfall.

Det er i alt meldt inn fem dødsfall som har skjedd mer enn fem dager etter avsluttet medisinerings, fire av disse er uten avtalt nedtrapping (drop-out) og ingen etter planlagt nedtrapping. To av de fem dødsfallene (begge drop-out) var overdoser, et var somatisk og for to er årsak ukjent. Én av overdosene skjedde mellom seks og 30 dager etter drop-out og én etter mer enn 30 dager. Det er registrert noe færre dødsfall etter avsluttet medisinerings i 2021 enn i 2020.

Bruk av rusmidler siste måned før død

Blant alle LAR pasienter var 42 % stabilt rusfrie siste 4 uker, 17 % hadde sporadisk/mindre alvorlig rusmiddelbruk, 29 % omfattende/alvorlig bruk og for 12 % ukjent bruk. Blant de døde var de tilsvarende tallene 34 % stabilt rusfri, 27% mindre alvorlig, 24 % alvorlig og 15 % ukjent bruk. Hvis vi summerer de rusfrie og de med mindre alvorlig rusmiddelbruk, er det 59 % blant alle i LAR mot 61 % blant de døde. Rusmestringen synes altså å være ganske lik når vi vurderer den totale dødeligheten.

Blant de 54 med somatisk dødsårsak var 44 % stabilt rusfri, 22 % hadde sporadisk og 17 % omfattende rusmiddelbruk mens for 17 % var status ukjent. Blant de fire som døde av overdose var én stabilt rusfri, to hadde omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for en. Blant de 13 med voldsom dødsårsak var det like mange (31 %) stabilt rusfrie eller hadde sporadisk eller omfattende rusmiddelbruk. Blant de 21 med ukjent dødsårsak var 10 % stabilt rusfrie, 43 % hadde sporadisk og 33 % omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for 14 %. Disse tallene viser at blant dem med registrert bruk av rusmidler og som dør av overdose eller voldsom årsak er bare fem av 15 (33 %) vurdert som stabilt rusfrie, mot 24 av 45 (53 %) av dem med somatisk dødsårsak. Dette tyder som tidligere år på en assosiasjon mellom bruk av rusmidler og økt risiko for fatal overdose og voldsom død.

Vurderinger

Det ble registrert betydelig færre dødsfall totalt (102 mot 146) og under aktiv LAR-behandling (92 mot 137) i 2021 sammenlignet med 2020. Trenden i mortalitetsutviklingen (Figur 42) og fordelingen av dødsårsaker (Tabell 6) er likevel i hovedsak den samme som tidligere. Dette styres i stor grad av den økende gjennomsnittsalderen med økt somatisk sykkelighet og dødelighet. Somatiske dødsårsaker dominerer med en markert økning fra mellom 40 og 50 års alder.

Årets tall føyer seg inn i bildet fra tidligere år. Den reduserte dødeligheten i LAR sammenlignet med opioidavhengige som ikke er i LAR-behandling, skyldes i stor grad at langt færre dør av overdose tidlig i livet i LAR enn utenfor LAR. Dette medfører at opioidavhengige i LAR som gruppe lever lenger enn før LAR var tilgjengelig, men dermed også at de i økende grad rammes av kroniske og akutte somatiske sykdommer når de blir eldre. Dette gjelder dels sykdommer spesifikt relatert til rusmiddelbruk, men også de somatiske sykdommene som er vanligst i befolkningen som

hjerte/kar-sykdommer, kreft og lungelidelser, som er vanlige dødsårsaker også i LAR. Som gruppe rammes de tidligere av disse sykdommene enn gjennomsnittet i befolkningen, noe som blant annet har sammenheng med tidligere langvarig – og for noen pågående – rusmiddelbruk og svært høy forekomst av røyking.

Selv om den økende somatiske dødeligheten er forventet, kan den reduseres. Som tidligere år vil vi derfor understreke at behandlingsapparatet må ha fokus på avdekking, behandling og oppfølging av kroniske sykdommer. Her er det et betydelig forbedringspotensial. Helsefremmende tiltak er også viktige, ikke minst tiltak for røykeslutt eller -reduksjon. Dette bør få en naturlig plass i en helhetlig rehabiliteringsprosess. Det er også viktig å være klar over at det er et samspill mellom rusmiddelbruk og somatisk svekkelse og at dette kan øke risikoen både for overdoser og akutt somatisk sykdom og død. Fokus på rusmestring i LAR er derfor også viktig i dette perspektivet, ikke minst når pasientene blir eldre.

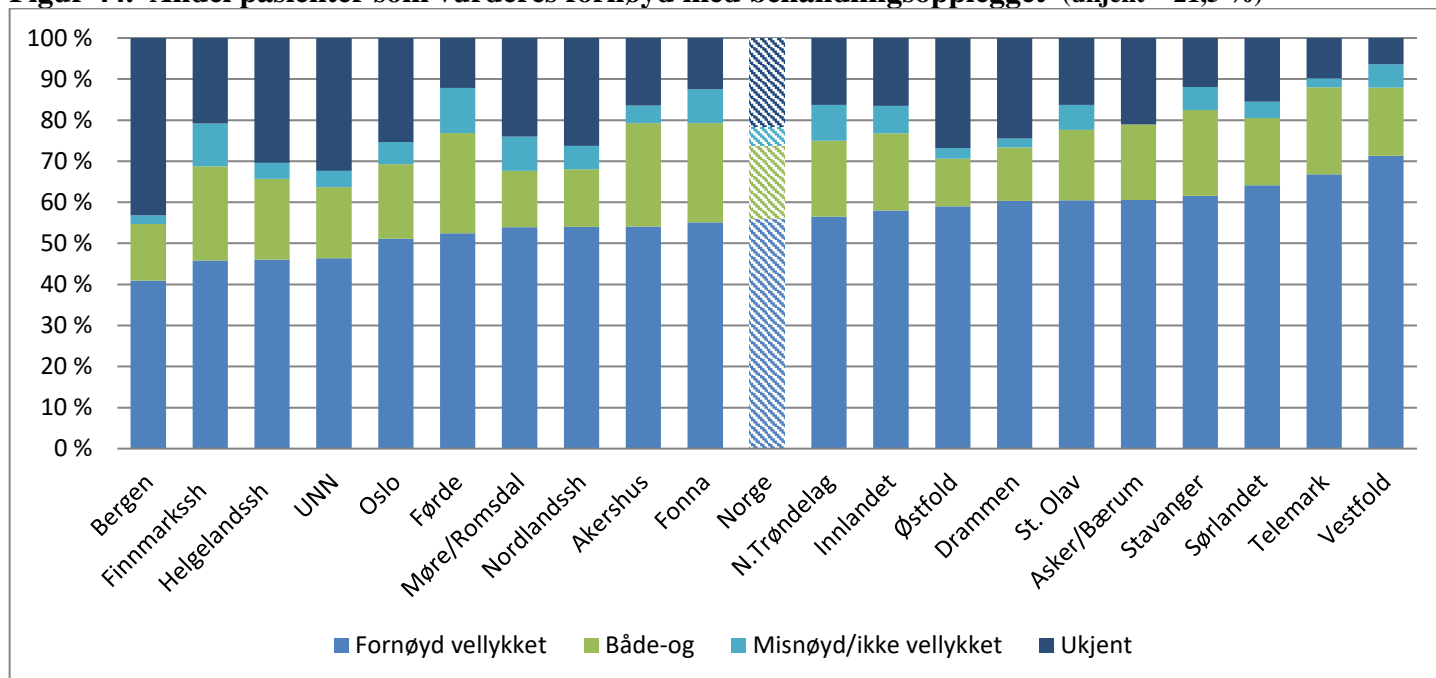
DEL C: FORNØYDHETSMÅLINGER

Til tross for at det foreligger evidens fra flere tiår som bekrefter en rekke positive effekter av LAR omtales denne behandlingsformen fortsatt kritisk iblant. Kritikken kan komme fra både brukere og allmenheten generelt, iblant fremsatt i media og i mer lukkede fora som sosiale media. For å møte noe av kritikken kartlegges pasientenes tilfredshet med noen enkle spørsmål.

Pasientenes oppfatning

Figur 43 under viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt. Til tross for at det er innskjerpet at pasienten skal være spurt, er andelen «ukjent» her fortsatt høy (22 %) sammenlignet med de fleste andre spørsmål.

Figur 44. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 21,5 %)

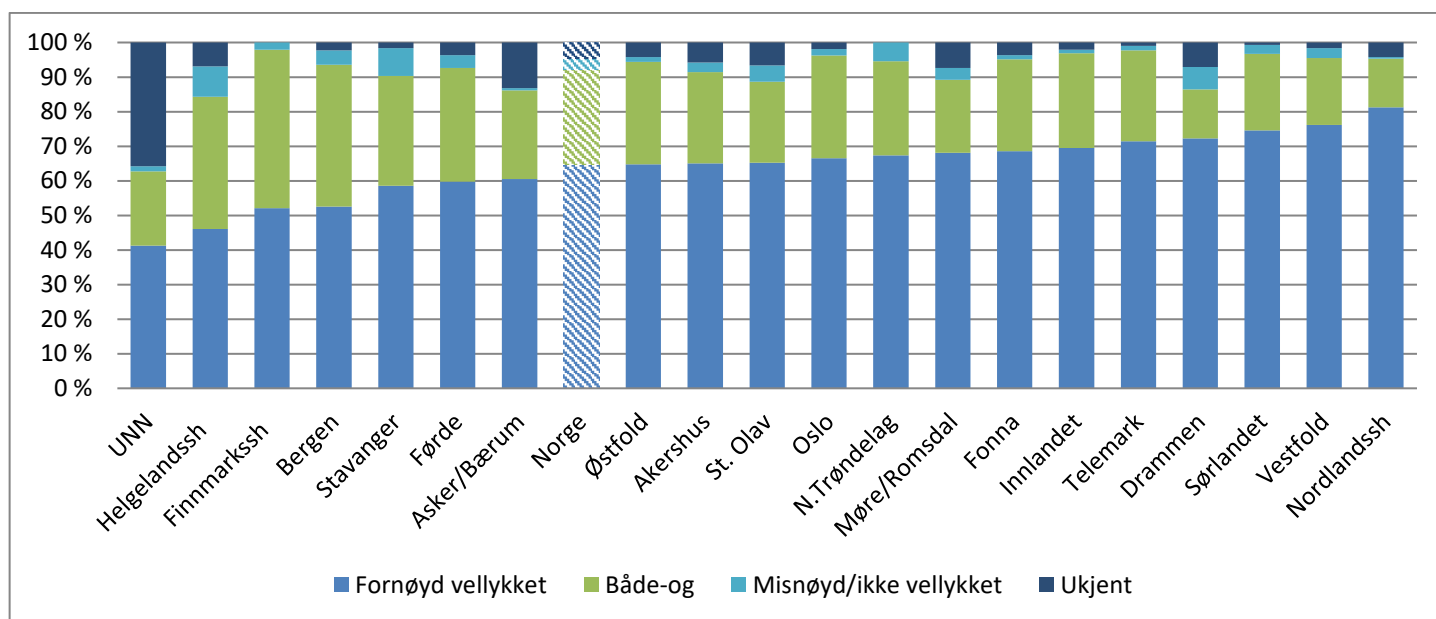


Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er som i fjor, 56 %. Ytterligere 18 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) mens bare rundt 5 % vurderes som direkte misfornøyd. Figuren viser imidlertid en sprikende andel med «ukjent» (fra relativt lave 6 % i Vestfold til > 40 % i Bergen), slik at sammenlikning mellom tiltakene er noe vanskelig.

Behandlers oppfatning

Figur 44 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-tiltak eller i kommunen – er fornøyd med behandlingen. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 65 % og delvis fornøyd for 28 %. I kun 3 % av tilfellene har behandleren erklært seg misfornøyd. Målingene er sammenlignbare med tidligere år.

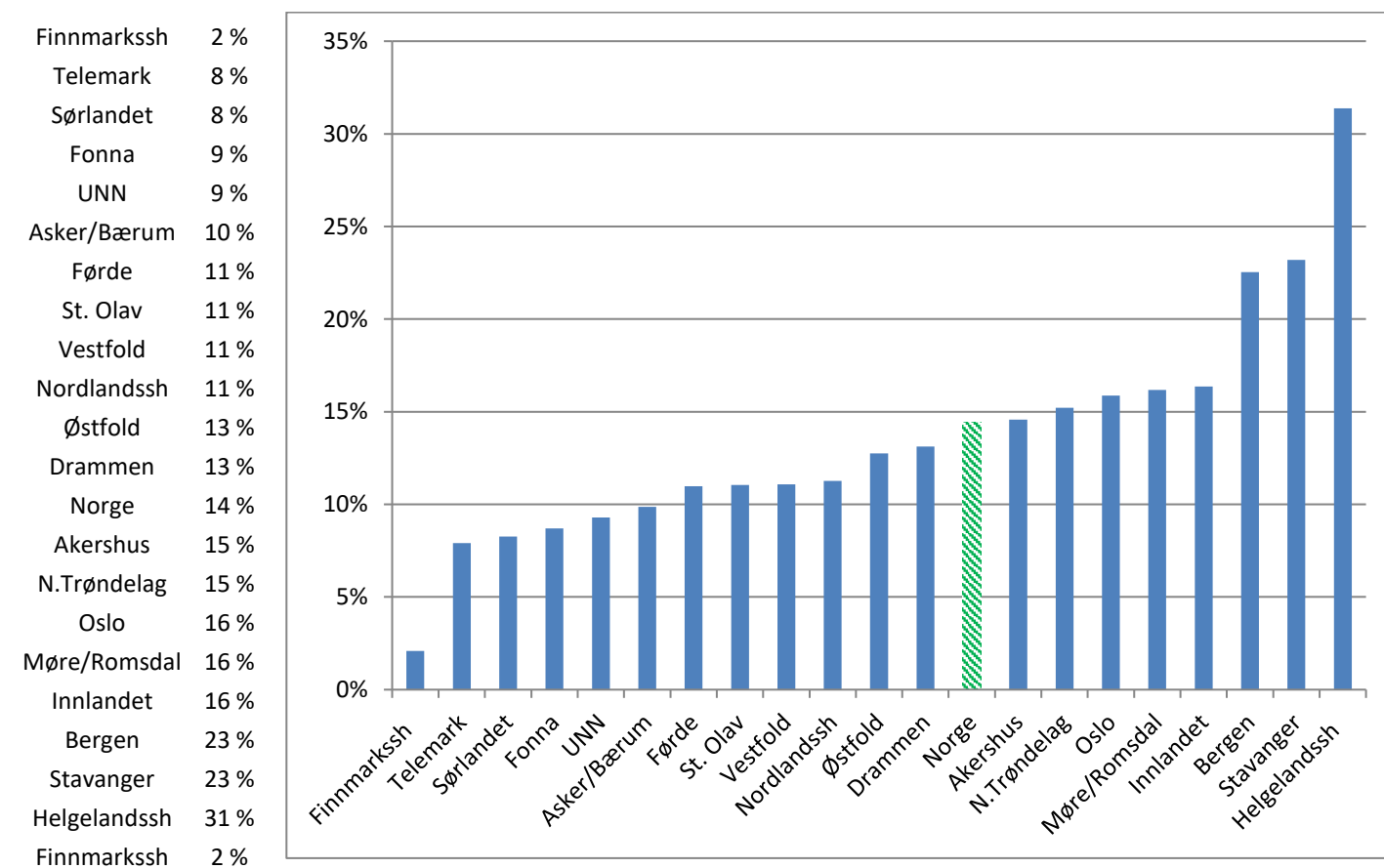
Figur 45. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd (ukjent = 4,7 %)



Endringsbehov

Figur 46 viser en oversikt over hvorvidt behandlingen bør revurderes.

Figur 46. Behandlingsendringer anbefales (Ukjent 5 %)



Totalt ønsker 14 % endringer i behandlingsopplegget sammenlignet med 15 % året før. Kun 10 % eller færre av behandlerne i Asker og Bærum, Telemark, Sørlandet, Helse Fonna, UNN og Finnmarkssykehuset angir at det er endringsbehov. Som i fjor finner vi i motsatt ende Helgelandssykehuset, hvor behandlingen i 31 % av tilfellene ønskes revidert.

Vurderinger

Denne delen av undersøkelsen er i hovedsak tenkt som informasjon til hvert LAR-senter. Spørsmålene er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er «ja» eller «nei». Det er ikke lagt opp til noen objektiv kvalitetsmåling. Vurderingene er dessuten gjort av behandlerne selv slik at mange derfor inviteres til å vurdere egen innsats. I forhold til kvalitetsmålinger i helsevesenet ellers, er det riktig å si at pasientene likevel viser en mer kritisk holdning enn en vanligvis finner, selv om andelen misfornøyd ikke er høy.

Hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom sentrene. Den forskjellen som finnes, stammer i første rekke fra vektingen mellom fornøyd og mellomfornøyd og fra andelen angitt som «ukjent».

Ett viktig funn er at behandlerne ønsker en endring av behandling i nær 2 av 10 tilfeller. Denne størrelsesorden er sammenlignbar med årene før. Samtidig kartlegger ikke dette spørsmålet hvordan behandlingen ønskes endret, f.eks. medisinskifte, tilpasninger i henteordning eller andre elementer. Det er dessuten nokså store forskjeller mellom tiltakene i disse vurderingene. Ulikheter i forhold til problemtrykk og i forhold til kliniske ambisjoner og kompetanse gjør det derfor vanskelig å vektlegge mønsteret. Det viktigste er kanskje at undersøkelsen skal føre til at det gjøres en bevisst status for hver enkelt minst en gang i året. Dette bør deretter følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

SAMMENDRAG

Undersøkelsen viser som tidligere en langsom men jevn økning i antall i behandling, nå med 8198 pasienter som er i LAR ved slutten av 2021. Statusundersøkelsen er besvart for 81 % av pasientene med relativt lik deltakelse i de ulike helseforetakene.

Antallet som begynner og slutter i behandling ligger på et relativt stabilt nivå med 991 inntak og 619 utskrivninger i 2020. De senere årene er det flest nyinntak og færre reinntak, noe som tyder på at stabiliteten i behandlingen er høy. Det er nesten ingen ufrivillige utskrivninger fra LAR. Mortaliteten i behandlingen ligger i år på 1,2 % pr år, med overveiende dødsfall på grunn av ulike somatiske sykdommer i en aldrende populasjon.

Aldring av LAR populasjonen fortsetter og nær 40% er 50 år eller eldre, og dette har implikasjoner for pasientgruppens generelle helsetilstand. Svært få, og i størrelsesorden 1% av LAR pasienten, er 25 år eller yngre.

Årets statusundersøkelse viser at en stor andel LAR pasienter er behandlet for Hepatitt C, og dette er en gledelig utvikling, men også et område hvor det fortsatt gjenstår arbeid med utredning og behandling av de som fortsatt er ubehandlet. Norske LAR pasienter er en populasjon med betydelig større grad av psykiske og somatiske problemer enn den generelle befolkningen, og betydelig høyere dødelighet. Noe av dette kan tilskrives livsførselen, men både psykiske og somatiske problemstillinger kan og bør adresseres og forbedres i et stabilt LAR-løp. Dødeligheten på 1,2% per år blant pasienter i LAR og som er dominert av somatiske dødsårsaker er omtrent som tidligere år, og med en fortsatt aldrende LAR populasjon må somatisk dødelighet forventes å øke noe i årene som kommer.

Andelen i metadonbehandling fortsetter å synke og er nå på 33 %, også andelen med sublingual buprenorfinbehandling er noe lavere (46 % i 2021) enn året før, med drøyt 4/5 deler på buprenorfin monopreparat. Buprenorfin depot injeksjoner øker og utgjør 15 % av medisiner i LAR, med betydelig regional variasjon i utbredelse. Andre opioider er lite brukt som LAR-medikament, antakelig i størrelsesordenen 1 til 2 %. I 2021 var det 36% som fikk resept på benzodiazepiner i LAR (i løp av siste år) og det var også 36% som hadde brukt benzodiazepiner siste 4 uker.

Resultatene for rusmestring er samlet sett gode og viser at mer enn halvparten responderer bra på LAR. Samtidig finner vi opp mot 1/3 del som bruker rusmidler mer hyppig og ukontrollert, men som likevel følger opp behandlingen og har jevnlig kontakt med hjelpeapparat. Urinprøvekontroll er jevnt over mindre brukt, omtrent like lite som årene før, med 0,3 prøver per uke i gjennomsnitt.

Hovedinntrykket er at LAR i dag gir pasienter med behov rett til behandling innen fristen og i tråd med prioriteringsveilederen. Utviklingen i bruk av buprenorfin depot som valgmulighet vil kartlegges videre, og vi trenger å undersøke hva som kjennetegner de som har best utbytte av denne depotsprøyten. Ettersom Oslo og Bergen har startet med heroinassistert behandling (HAB) som del av LAR tidlig i 2022 vil fremtidige rapporter kartlegge omfanget av slik behandling.

I mai 2022 ble nye retningslinjer for LAR lansert fra Helsedirektoratet. De nye retningslinjene har et tydeligere fokus på brukermedvirkning og større rom for klinisk skjønn og individuelle vurderinger mht medikamentvalg i LAR. I de neste par årenes statusrapporter blir det interessant å følge opp utviklingen i behandlingen der det blir naturlig å sammenligne årets resultater i denne rapporten med fremtidige målinger og utvikling. Ved SERAF skal vi evaluere implementeringen av de nye retningslinjene og behandlingsresultatene og vil følge med på utviklingen med flere ulike forskningstilnærminger og målemetoder, inklusive gjennom fortsatte målinger i forma av Statusrapportering.

I LAR i Norge er det mange som ønsker andre og nye legemidler i LAR enn metadon og buprenorfin, og det nyeste legemiddelet i LAR buprenorfin depot har blitt tatt i bruk i nokså bredt omfang med 15% etter drøyt to års tilgjengelighet. Det er ønskelig med ytterligere flere medikamentvalg som egner seg for LAR behandling i fremtiden, og spesielt Naltrekson depot er godt utprøvet og med dokumentert effekt i gitte situasjoner. Utfordringen er at legemiddelet så langt kun har vært tilgjengelig som del av utprøvende studier og ikke i ordinær behandling, fordi produsenten ikke har søkt godkjenning i Europa/Norge. SERAF sammen med AHus har våren 2022 sendt et brev til Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet der vi etterspør aktiv handling i retning av å stille midler og felles prosedyre tilgjengelig for rask oppstart med Naltrekson depot i Norge, gjennom inntak på registreringsfritak. SERAF vurderer at et nasjonalt overordnet initiativ inklusive ressurser til kostbare legemiddel bør tas for å tilgjengeliggjøre naltrekson depot så raskt som mulig. I prinsippet gjelder den samme vurderingen for 24-timers morfin, som riktignok finnes som registrert legemiddel for LAR formål i Europa, men så langt ikke i Norge. SERAF vurderer at også for 24-timers morfin vil en prosedyre og dedikerte ressurser til felles prosess for godkjenningsfritak og anskaffelse være en reell mulighet for å få legemiddelet raskt tilgjengelig som del av LAR i Norge.

TABELLER OG STATISTIKK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	658	643	1576	1570	2149	6596
Svarprosent	100 %	97,4 %	86,5 %	72,4 %	74,4 %	80,5 %
Kjønn						
Menn	70,7 %	70,8 %	70,9 %	70,4 %	68,1 %	69,9 %
Kvinner	29,3 %	29,2 %	29,1 %	29,6 %	31,9 %	30,1 %
Alder (gjennomsnitt)	45,5	46,4	47,7	45,6	48,1	47,0
A. Aktuell situasjon						
A0. Aktuell situasjon						
0. Ikke utskrevet	96,0 %	96,9 %	92,3 %	98,1 %	97,7 %	96,2 %
1. Eget ønske om avvenning	1,7 %	0,9 %	3,4 %	0,6 %	1,3 %	1,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,0 %	0,0 %	1,0 %	0,2 %	0,2 %	0,6 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,3 %	2,0 %	2,8 %	1,1 %	0,8 %	1,4 %
A1. Beskjeftigelse						
a. Yrkesstatus						
0. Uten beskjeftigelse	73,4 %	75,0 %	82,6 %	80,9 %	84,8 %	81,2 %
1. Heltidsjobb	14,3 %	9,2 %	9,8 %	11,2 %	6,9 %	9,6 %
2. Deltidsjobb	8,2 %	7,6 %	6,0 %	4,9 %	5,9 %	6,1 %
3. Under utdanning	0,8 %	0,5 %	1,1 %	1,9 %	1,2 %	1,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
9. Ukjent	2,7 %	7,6 %	0,3 %	0,8 %	1,1 %	1,6 %
b. Arbeidstrening/kurs						
0. Nei	90,6 %	87,8 %	93,8 %	91,1 %	92,7 %	91,9 %
1. Ja	5,8 %	2,8 %	5,4 %	6,9 %	6,0 %	5,7 %
9. Ukjent	3,6 %	9,4 %	0,8 %	2,0 %	1,3 %	2,4 %
c. Dagtilbud						
0. Nei	85,4 %	85,6 %	90,7 %	83,5 %	87,4 %	86,9 %
1. Ja	10,8 %	5,3 %	8,7 %	13,9 %	10,9 %	10,5 %
9. Ukjent	3,8 %	9,1 %	0,6 %	2,5 %	1,7 %	2,6 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
A2. Viktigste inntekt						
0. Forsørget av andre	0,2 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	14,7 %	10,6 %	10,5 %	12,3 %	7,9 %	10,5 %
2. Studielån/stipend	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %	0,2 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,2 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	9,0 %	11,1 %	8,7 %	10,7 %	12,2 %	10,6 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	66,9 %	64,3 %	74,2 %	64,0 %	69,8 %	68,7 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
8. Sosialhjelp	2,9 %	3,1 %	3,2 %	7,2 %	6,1 %	5,1 %
10. Annet	1,4 %	1,1 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %
9. Ukjent	3,3 %	8,4 %	1,2 %	3,5 %	2,1 %	2,9 %
A3. Boligforhold						
0. Ingen bolig	1,5 %	1,6 %	1,4 %	2,1 %	1,6 %	1,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,7 %	1,4 %	1,8 %	3,0 %	3,2 %	2,5 %
2. Institusjon	3,0 %	1,9 %	4,0 %	3,0 %	9,6 %	5,3 %
3. Fengsel	1,5 %	1,4 %	1,8 %	1,6 %	0,9 %	1,4 %
4. Hos foreldre	2,3 %	4,2 %	2,8 %	4,5 %	2,9 %	3,3 %
5. Hos andre	1,4 %	3,8 %	2,1 %	2,8 %	2,6 %	2,5 %
6. Egen bolig	85,7 %	76,3 %	85,0 %	81,5 %	77,3 %	80,9 %
10. Annet	0,3 %	2,5 %	0,7 %	1,1 %	1,2 %	1,1 %
9. Ukjent	2,6 %	6,9 %	0,5 %	0,4 %	0,8 %	1,4 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)						
a. HIV						
0. Ikke smittet	82,7 %	86,3 %	94,0 %	91,2 %	92,0 %	90,8 %
1. Smittet	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %	1,9 %	1,0 %
9. Ukjent	16,7 %	13,2 %	5,5 %	7,9 %	6,2 %	8,2 %
b. Hepatitt C						
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)		44,6 %	34,4 %	36,6 %	36,7 %	37,6 %
1. HepC sykdom er ferdig behandlet		30,9 %	45,9 %	37,5 %	41,3 %	40,2 %
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)		4,6 %	5,4 %	8,4 %	7,6 %	6,4 %
3. HepC sykdom er under behandling		5,9 %	1,7 %	1,6 %	1,2 %	2,3 %
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)		14,1 %	12,5 %	15,9 %	13,2 %	13,4 %
A6. LAR-Medikament						
0. Metadon	26,1 %	28,2 %	30,6 %	24,4 %	43,1 %	32,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,4 %	37,9 %	37,7 %	56,9 %	27,5 %	38,2 %
1a. Buprenorfin depot	21,6 %	11,5 %	19,1 %	7,4 %	16,7 %	15,1 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	18,8 %	9,0 %	8,6 %	2,3 %	8,3 %	8,1 %
3. Andre	2,9 %	7,5 %	3,8 %	8,7 %	4,2 %	5,4 %
9. Ukjent	0,2 %	5,8 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,7 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)						
0. Metadon	80,8	99,2	87,7	96,0	87,8	89,7
1. Buprenofin (Subutex)	14,8	16,2	14,6	14,7	13,3	14,5
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,9	14,5	13,3	15,4	12,4	13,7
A8. Forskrivende lege						
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	47,6 %	51,7 %	66,0 %	95,3 %	44,4 %	62,7 %
1. Fastlege	50,6 %	46,6 %	32,5 %	4,6 %	49,9 %	34,7 %
2. Annen lege	1,2 %	0,3 %	1,1 %	0,1 %	5,3 %	2,2 %
9. Ukjent	0,6 %	1,4 %	0,4 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
A9. Covid-19						
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?						
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	77,2 %	72,2 %	80,8 %	73,2 %	78,5 %	77,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	3,5 %	2,7 %	2,0 %	3,9 %	4,2 %	3,4 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,5 %	0,3 %	0,6 %	0,1 %	0,8 %	0,5 %
9. Ukjent	18,8 %	24,8 %	16,6 %	22,7 %	16,6 %	19,1 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	61,6 %	43,9 %	63,4 %	64,7 %	55,2 %	59,0 %
1. Ja	31,3 %	45,6 %	33,2 %	33,2 %	39,9 %	36,4 %
9. Ukjent	7,1 %	10,5 %	3,5 %	2,1 %	4,9 %	4,6 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?						
0. Nei	92,1 %	79,8 %	82,0 %	81,4 %	77,4 %	81,1 %
1. Ja	0,9 %	6,7 %	8,1 %	3,6 %	11,2 %	7,2 %
9. Ukjent	7,0 %	13,5 %	10,0 %	15,0 %	11,4 %	11,7 %
A10. LAR-medikamentutlevering						
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,7	2,9	2,9	2,8	3,2	3,0
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	2,9	2,8	2,5	3,3	2,9
c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-tiltak	22,6 %	10,2 %	21,2 %	34,6 %	18,5 %	22,5 %
1. Apotek	45,0 %	47,0 %	38,1 %	28,3 %	50,5 %	41,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	23,9 %	27,9 %	33,0 %	21,1 %	20,4 %	24,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,0 %	4,5 %	6,5 %	5,5 %	9,7 %	7,0 %
4. Legekontor	2,4 %	4,7 %	0,5 %	6,7 %	0,2 %	2,5 %
10. Annet	0,6 %	0,5 %	0,4 %	3,6 %	0,4 %	1,2 %
9. Ukjent	0,5 %	5,2 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,8 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
A11. Urinprøveordning						
a. Type avtale						
0. Ingen urinprøver	36,0 %	33,9 %	35,3 %	34,0 %	29,6 %	33,0 %
1. Stikkprøver	41,5 %	37,7 %	29,5 %	18,6 %	41,2 %	32,7 %
2. Regelmessig prøvetaking	21,1 %	18,2 %	33,9 %	44,8 %	24,5 %	30,7 %
9. Ukjent	1,4 %	10,2 %	1,3 %	2,6 %	4,7 %	3,6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,3
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO						
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker						
a. Målsetting for behandlingen						
0. Rehab med rusfrihet	67,3 %	66,9 %	67,8 %	71,5 %	73,2 %	70,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	29,0 %	19,8 %	31,3 %	24,1 %	22,8 %	25,5 %
9. Ikke avtalt	3,6 %	13,3 %	1,0 %	4,4 %	3,9 %	4,2 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten						
0. Ikke overført	40,3 %	68,5 %	74,5 %	85,9 %	73,6 %	72,9 %
1. Overført	58,4 %	28,2 %	25,3 %	13,1 %	25,5 %	26,1 %
10. Annet	0,6 %	0,5 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
9. Ukjent	0,8 %	2,8 %	0,1 %	1,0 %	0,7 %	0,8 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging						
0. Nei	37,4 %	41,8 %	58,6 %	53,8 %	53,7 %	52,1 %
1. Ja	56,2 %	41,8 %	39,2 %	41,2 %	41,8 %	42,5 %
9. Ukjent	6,4 %	16,4 %	2,2 %	5,0 %	4,4 %	5,4 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?						
0. Nei	83,3 %	76,2 %	88,9 %	84,8 %	85,6 %	85,1 %
1. Ja	10,3 %	13,2 %	9,6 %	11,5 %	13,2 %	11,7 %
9. Ukjent	6,4 %	10,6 %	1,5 %	3,7 %	1,2 %	3,3 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?						
0. Nei	62,6 %	79,0 %	89,4 %	69,0 %	79,2 %	77,5 %
1. Ja	28,0 %	7,8 %	5,8 %	18,4 %	11,4 %	13,0 %
9. Ukjent	9,4 %	13,2 %	4,8 %	12,6 %	9,5 %	9,5 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling						
0. Nei	88,3 %	81,4 %	91,2 %	85,8 %	86,4 %	87,1 %
1. Ja	4,0 %	7,2 %	6,5 %	9,1 %	11,1 %	8,4 %
9. Ukjent	7,8 %	11,4 %	2,3 %	5,1 %	2,5 %	4,5 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	72,2 %	69,7 %	66,8 %	69,4 %	66,5 %	68,2 %
1. Ja	22,8 %	22,3 %	33,0 %	28,9 %	32,0 %	29,6 %
9. Ukjent	5,0 %	7,9 %	0,2 %	1,8 %	1,5 %	2,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	69,5 %	65,0 %	81,5 %	64,5 %	72,8 %	71,8 %
1. Ja	15,5 %	12,8 %	11,5 %	17,4 %	16,8 %	15,1 %
9. Ukjent	15,0 %	22,3 %	7,0 %	18,2 %	10,4 %	13,0 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	62,3 %	55,3 %	72,9 %	52,1 %	63,7 %	62,2 %
1. Ja	22,8 %	23,4 %	19,8 %	31,4 %	26,3 %	25,3 %
9. Ukjent	14,9 %	21,3 %	7,3 %	16,6 %	9,9 %	12,5 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	79,6 %	72,7 %	87,2 %	77,6 %	81,4 %	80,9 %
1. Ja	5,0 %	6,6 %	5,8 %	7,0 %	9,0 %	7,1 %
9. Ukjent	15,3 %	20,7 %	7,0 %	15,4 %	9,5 %	12,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	54,0 %	41,2 %	59,1 %	56,6 %	53,9 %	54,6 %
1. Ja	32,1 %	39,2 %	34,5 %	32,9 %	39,4 %	35,9 %
9. Ukjent	14,0 %	19,6 %	6,4 %	10,5 %	6,7 %	9,5 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	74,5 %	68,3 %	82,0 %	78,8 %	72,8 %	76,1 %
1. Ja	9,7 %	7,3 %	8,1 %	4,2 %	13,9 %	9,1 %
9. Ukjent	15,8 %	24,4 %	10,0 %	17,0 %	13,3 %	14,7 %
b. Cannabis						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	60,0 %	47,2 %	58,3 %	51,1 %	56,1 %	55,0 %
1. Ja	23,6 %	28,0 %	31,6 %	32,5 %	29,0 %	29,8 %
9. Ukjent	16,4 %	24,8 %	10,1 %	16,4 %	14,9 %	15,2 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	51,7 %	41,4 %	52,2 %	49,2 %	51,8 %	50,2 %
1. Ja	34,0 %	36,7 %	38,8 %	35,5 %	34,9 %	36,0 %
9. Ukjent	14,3 %	21,9 %	9,0 %	15,3 %	13,4 %	13,7 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	73,1 %	63,2 %	73,8 %	65,6 %	70,7 %	69,8 %
1. Ja	11,4 %	12,3 %	15,7 %	17,3 %	14,4 %	14,9 %
9. Ukjent	15,5 %	24,5 %	10,6 %	17,1 %	14,8 %	15,3 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	76,0 %	65,8 %	79,3 %	72,0 %	75,4 %	74,7 %
1. Ja	7,6 %	8,3 %	9,3 %	9,8 %	9,4 %	9,2 %
9. Ukjent	16,4 %	25,9 %	11,4 %	18,1 %	15,2 %	16,2 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker						
0. Aldri	46,5 %	36,5 %	45,2 %	38,2 %	41,7 %	41,7 %
1. Få enkeltepisoder	16,0 %	13,9 %	16,6 %	18,9 %	17,8 %	17,2 %
2. Regelmessig bruk	23,3 %	25,7 %	30,1 %	29,8 %	29,6 %	28,7 %
9. Ukjent	14,3 %	23,9 %	8,1 %	13,1 %	10,9 %	12,4 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker						
0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,9 %	47,9 %	53,4 %	49,5 %	50,9 %	51,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,9 %	15,5 %	21,3 %	24,3 %	21,6 %	21,1 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	13,2 %	11,4 %	16,9 %	13,7 %	16,3 %	15,0 %
9. Ukjent	15,0 %	25,2 %	8,5 %	12,5 %	11,2 %	12,6 %
C. SISTE ÅR						
C1. Lovbrudd siste år						
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt						
0. Nei	78,9 %	67,1 %	79,1 %	72,7 %	76,6 %	75,6 %
1. Ja	10,3 %	10,4 %	10,2 %	10,3 %	8,4 %	9,6 %
9. Ukjent	10,8 %	22,4 %	10,7 %	17,0 %	15,0 %	14,8 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
C2. Overdose siste år						
0. Nei	83,3 %	76,0 %	87,1 %	82,2 %	86,1 %	84,2 %
1. Ja	5,9 %	3,1 %	5,9 %	7,9 %	5,2 %	5,9 %
9. Ukjent	10,8 %	20,9 %	7,0 %	9,9 %	8,7 %	10,0 %
C3. Suicidforsøk siste år						
0. Nei	85,7 %	78,2 %	90,5 %	84,3 %	89,2 %	87,0 %
1. Ja	1,8 %	1,1 %	2,2 %	1,7 %	1,9 %	1,9 %
9. Ukjent	12,5 %	20,7 %	7,2 %	13,9 %	8,8 %	11,2 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år						
0. Aldri	38,8 %	32,2 %	38,0 %	31,0 %	33,8 %	34,5 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	24,8 %	22,3 %	24,4 %	26,3 %	26,5 %	25,4 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,1 %	23,9 %	31,3 %	32,9 %	30,5 %	30,3 %
9. Ukjent	9,4 %	21,7 %	6,3 %	9,8 %	9,2 %	9,9 %
C5. Fornøydhet						
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	57,9 %	48,8 %	65,3 %	50,5 %	54,9 %	56,1 %
1. Både-og	16,3 %	17,0 %	17,2 %	18,4 %	18,5 %	17,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,1 %	5,0 %	3,4 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %
9. Ukjent	18,7 %	29,2 %	14,1 %	26,4 %	21,9 %	21,5 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	66,4 %	56,2 %	72,6 %	57,4 %	66,3 %	64,8 %
1. Både-og	23,3 %	23,5 %	21,8 %	35,3 %	28,5 %	27,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,4 %	2,4 %	2,7 %	5,0 %	1,8 %	3,1 %
9. Ukjent	5,9 %	17,9 %	2,9 %	2,3 %	3,4 %	4,7 %
C6. anbefales behandlingsendringer?						
0. Nei	80,4 %	75,1 %	87,0 %	73,9 %	82,0 %	80,5 %
1. Ja	13,2 %	12,9 %	9,5 %	19,9 %	14,9 %	14,4 %
9. Ukjent	6,4 %	12,0 %	3,6 %	6,2 %	3,1 %	5,1 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						
0. Nei	20,8 %	28,9 %	19,4 %	32,7 %	26,2 %	25,8 %
1. Ja	78,9 %	69,7 %	80,4 %	67,1 %	73,6 %	73,8 %
9. Ukjent	0,3 %	1,4 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
b. Medarbeider						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	74,6 %	79,2 %	71,6 %	81,3 %	65,7 %	73,0 %
1. Ja	25,4 %	19,4 %	28,2 %	18,4 %	34,1 %	26,7 %
9. Ukjent	0,0 %	1,4 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	93,8 %	95,5 %	85,8 %	94,3 %	84,6 %	89,1 %
1. Ja	5,6 %	2,9 %	13,9 %	5,3 %	15,2 %	10,4 %
9. Ukjent	0,6 %	1,6 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %

Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
Antall svar	518	737	502	392
Svarprosent	62,6 %	66,7 %	94,4 %	92,5 %
Kjønn				
Menn	62,2 %	72,3 %	69,5 %	66,3 %
Kvinner	37,8 %	27,7 %	30,5 %	33,7 %
Alder (gjennomsnitt)	46,6	49,0	47,3	49,2
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	97,1 %	99,3 %	97,4 %	95,6 %
1. Eget ønske om avvenning	2,1 %	0,3 %	1,0 %	2,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,6 %	0,4 %	1,6 %	0,9 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	84,4 %	86,0 %	85,7 %	81,8 %
1. Heltidsjobb	8,1 %	6,7 %	6,0 %	6,9 %
2. Deltidsjobb	3,9 %	4,8 %	6,4 %	10,0 %
3. Under utdanning	1,2 %	1,8 %	0,8 %	0,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	2,2 %	0,7 %	1,2 %	0,3 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	89,6 %	95,2 %	93,2 %	91,5 %
1. Ja	7,3 %	4,2 %	6,0 %	7,7 %
9. Ukjent	3,1 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	80,0 %	91,4 %	89,4 %	86,7 %
1. Ja	15,4 %	7,9 %	9,4 %	12,6 %
9. Ukjent	4,5 %	0,7 %	1,2 %	0,8 %
A2. Viktigste inntekt				
0. Forsørget av andre	0,0 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
1. Arbeidsinntekt	8,4 %	7,3 %	7,4 %	9,0 %
2. Studielån/stipend	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,2 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	15,2 %	14,4 %	9,0 %	7,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	68,2 %	64,1 %	75,6 %	75,4 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
8. Sosialhjelp	3,1 %	10,7 %	2,8 %	5,4 %
10. Annet	0,4 %	1,4 %	0,4 %	0,8 %
9. Ukjent	3,3 %	1,0 %	3,8 %	0,3 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	1,2 %	2,4 %	1,6 %	0,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,6 %	6,7 %	2,4 %	1,3 %
2. Institusjon	5,3 %	16,2 %	6,3 %	7,0 %
3. Fengsel	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,5 %
4. Hos foreldre	3,5 %	2,1 %	4,7 %	1,3 %
5. Hos andre	2,7 %	1,9 %	2,9 %	3,1 %
6. Egen bolig	83,8 %	67,7 %	78,4 %	85,0 %
10. Annet	1,0 %	1,5 %	1,4 %	0,8 %
9. Ukjent	1,0 %	0,6 %	1,2 %	0,3 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	88,3 %	92,9 %	93,0 %	93,6 %
1. Smittet	3,3 %	1,9 %	1,0 %	1,0 %
9. Ukjent	8,4 %	5,2 %	6,0 %	5,4 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)	40,1 %		37,2 %	28,8 %
1. HepC sykdom er ferdig behandlet	36,9 %		37,8 %	57,6 %
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)	9,4 %		6,5 %	6,2 %
3. HepC sykdom er under behandling	0,8 %		1,8 %	0,8 %
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)	12,8 %		16,8 %	6,6 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	44,4 %	50,8 %	36,5 %	35,6 %
1. Buprenorfin (Subutex)	22,7 %	22,9 %	29,1 %	40,5 %
1a. Buprenorfin depot	17,6 %	17,3 %	22,9 %	6,2 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,4 %	6,5 %	5,2 %	10,6 %
3. Andre	2,9 %	2,3 %	6,2 %	6,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				
0. Metadon	90,2	83,5	83,8	100,5

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
1. Buprenofin (Subutex)	14,0	13,6	13,2	12,5
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,9	11,7	12,5	12,5
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	24,7 %	50,1 %	76,5 %	18,8 %
1. Fastlege	73,5 %	37,4 %	22,5 %	77,3 %
2. Annen lege	1,0 %	12,4 %	0,8 %	3,4 %
9. Ukjent	0,8 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19	78,8 %	74,1 %	84,2 %	79,1 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	4,5 %	5,0 %	4,6 %	1,6 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	1,0 %	1,1 %	0,2 %	0,5 %
9. Ukjent	15,7 %	19,8 %	10,9 %	18,9 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	52,7 %	56,2 %	56,4 %	55,1 %
1. Ja	41,8 %	39,5 %	35,8 %	43,6 %
9. Ukjent	5,5 %	4,3 %	7,9 %	1,3 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	90,9 %	69,7 %	70,7 %	82,6 %
1. Ja	4,7 %	21,6 %	6,4 %	6,6 %
9. Ukjent	4,5 %	8,7 %	22,9 %	10,7 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,6	3,5	3,5	3,2
b. Derav antall utlevert overvåket	2,9	3,5	3,6	3,1
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	17,1 %	22,2 %	25,5 %	4,2 %
1. Apotek	57,3 %	50,3 %	44,9 %	49,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	19,2 %	12,6 %	21,3 %	35,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,4 %	14,6 %	7,3 %	9,1 %
4. Legekantor	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,0 %
10. Annet	0,6 %	0,1 %	0,2 %	0,8 %
9. Ukjent	0,4 %	0,1 %	0,6 %	0,5 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
0. Ingen urinprøver	46,6 %	23,7 %	23,7 %	25,5 %
1. Stikkprøver	23,8 %	47,6 %	52,4 %	37,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	21,7 %	24,6 %	20,5 %	33,2 %
9. Ukjent	7,9 %	4,1 %	3,4 %	3,4 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,2	0,2	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	75,5 %	74,7 %	63,8 %	79,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	19,8 %	24,6 %	28,2 %	16,6 %
9. Ikke avtalt	4,7 %	0,7 %	8,0 %	3,8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	66,3 %	62,8 %	84,2 %	90,0 %
1. Overført	32,3 %	37,1 %	15,0 %	8,2 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,3 %
9. Ukjent	1,4 %	0,1 %	0,0 %	1,5 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	38,1 %	58,6 %	54,3 %	64,5 %
1. Ja	58,6 %	37,7 %	37,7 %	32,7 %
9. Ukjent	3,3 %	3,7 %	8,0 %	2,8 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?				
0. Nei	84,7 %	85,1 %	89,2 %	83,2 %
1. Ja	13,9 %	14,1 %	9,2 %	15,6 %
9. Ukjent	1,4 %	0,8 %	1,6 %	1,3 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	79,6 %	79,5 %	73,6 %	85,1 %
1. Ja	9,1 %	7,6 %	18,0 %	12,8 %
9. Ukjent	11,3 %	12,9 %	8,4 %	2,1 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				
0. Nei	86,1 %	80,8 %	91,3 %	90,8 %
1. Ja	12,0 %	16,6 %	6,3 %	5,9 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
9. Ukjent	1,9 %	2,6 %	2,4 %	3,3 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	61,0 %	76,5 %	67,2 %	54,5 %
1. Ja	38,4 %	20,6 %	31,7 %	45,0 %
9. Ukjent	0,6 %	2,9 %	1,0 %	0,5 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	64,1 %	74,5 %	80,8 %	71,1 %
1. Ja	25,2 %	17,6 %	6,6 %	17,1 %
9. Ukjent	10,7 %	7,9 %	12,6 %	11,8 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	56,6 %	63,0 %	72,7 %	63,2 %
1. Ja	33,3 %	29,5 %	14,5 %	26,1 %
9. Ukjent	10,1 %	7,5 %	12,7 %	10,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	80,6 %	79,5 %	83,6 %	83,3 %
1. Ja	9,2 %	12,6 %	5,7 %	6,4 %
9. Ukjent	10,2 %	7,9 %	10,7 %	10,3 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	50,8 %	55,1 %	59,4 %	48,8 %
1. Ja	40,1 %	40,9 %	32,9 %	44,0 %
9. Ukjent	9,1 %	4,0 %	7,6 %	7,2 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	71,8 %	69,7 %	70,7 %	82,6 %
1. Ja	15,7 %	21,6 %	6,4 %	6,6 %
9. Ukjent	12,5 %	8,7 %	22,9 %	10,7 %
b. Cannabis				
0. Nei	56,4 %	53,3 %	54,0 %	63,5 %
1. Ja	29,2 %	34,1 %	24,1 %	25,8 %
9. Ukjent	14,5 %	12,6 %	21,9 %	10,7 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	44,7 %	55,9 %	53,8 %	50,6 %
1. Ja	43,6 %	34,1 %	24,2 %	38,6 %
9. Ukjent	11,7 %	10,0 %	22,0 %	10,7 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	72,4 %	70,7 %	66,5 %	74,1 %
1. Ja	13,6 %	17,5 %	11,0 %	14,1 %
9. Ukjent	14,0 %	11,8 %	22,4 %	11,8 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	80,9 %	77,2 %	63,7 %	79,8 %
1. Ja	4,7 %	9,9 %	13,1 %	9,6 %
9. Ukjent	14,4 %	12,8 %	23,2 %	10,6 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	47,7 %	35,1 %	38,8 %	49,6 %
1. Få enkeltepisoder	16,9 %	21,6 %	14,3 %	16,6 %
2. Regelmessig bruk	25,0 %	36,9 %	27,9 %	24,3 %
9. Ukjent	10,5 %	6,4 %	18,9 %	9,5 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,7 %	47,9 %	47,7 %	57,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,3 %	24,4 %	18,0 %	19,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	13,2 %	19,8 %	15,2 %	15,5 %
9. Ukjent	10,9 %	8,0 %	19,2 %	7,5 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	77,9 %	76,2 %	72,1 %	81,5 %
1. Ja	7,2 %	8,8 %	8,6 %	8,7 %
9. Ukjent	14,9 %	15,0 %	19,4 %	9,7 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	83,1 %	85,4 %	88,2 %	88,5 %
1. Ja	6,8 %	5,3 %	3,8 %	4,6 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
9. Ukjent	10,1 %	9,3 %	8,0 %	6,9 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	87,0 %	90,3 %	88,2 %	91,5 %
1. Ja	2,7 %	1,6 %	1,6 %	1,8 %
9. Ukjent	10,3 %	8,1 %	10,2 %	6,7 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	38,2 %	27,4 %	34,9 %	38,4 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	27,3 %	26,7 %	24,8 %	27,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	25,8 %	39,4 %	25,6 %	26,5 %
9. Ukjent	8,7 %	6,5 %	14,7 %	7,8 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	54,1 %	51,1 %	59,0 %	58,0 %
1. Både-og	25,2 %	18,2 %	11,6 %	18,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,3 %	5,3 %	2,6 %	6,7 %
9. Ukjent	16,4 %	25,3 %	26,8 %	16,5 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	65,1 %	66,6 %	64,8 %	69,5 %
1. Både-og	26,4 %	29,7 %	29,6 %	27,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,8 %	1,8 %	1,4 %	1,0 %
9. Ukjent	5,8 %	1,9 %	4,2 %	2,1 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	79,9 %	81,9 %	85,3 %	80,8 %
1. Ja	14,6 %	15,9 %	12,7 %	16,4 %
9. Ukjent	5,5 %	2,2 %	2,0 %	2,9 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	25,6 %	26,1 %	32,3 %	19,6 %
1. Ja	74,0 %	73,8 %	67,5 %	80,4 %
9. Ukjent	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	50,9 %	64,3 %	73,2 %	74,6 %
1. Ja	48,7 %	35,5 %	26,8 %	25,4 %
9. Ukjent	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	78,0 %	91,3 %	85,2 %	77,6 %
1. Ja	21,5 %	8,4 %	14,6 %	22,4 %
9. Ukjent	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %

Helseregion Sør

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
Antall svar	316	184	154	317	605
Svarprosent	97,8 %	62,8 %	56,0 %	93,8 %	102,0 %
Kjønn					
Menn	67,4 %	73,9 %	70,8 %	77,6 %	68,4 %
Kvinner	32,6 %	26,1 %	29,2 %	22,4 %	31,6 %
Alder (gjennomsnitt)	49,4	47,0	48,8	48,2	46,5
A. Aktuell situasjon					
A0. Aktuell situasjon					
0. Ikke utskrevet	89,2 %	75,0 %	97,7 %	96,0 %	95,0 %
1. Eget ønske om avvenning	4,6 %	11,0 %	0,8 %	1,5 %	2,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,8 %	6,6 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	1,7 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	3,7 %	5,9 %	1,5 %	2,5 %	2,0 %
A1. Beskjeftigelse					
a. Yrkesstatus					
0. Uten beskjeftigelse	78,2 %	84,8 %	88,9 %	85,2 %	81,3 %
1. Heltidsjobb	13,3 %	8,7 %	7,8 %	8,5 %	9,6 %
2. Deltidsjobb	7,3 %	4,9 %	2,6 %	5,0 %	7,1 %
3. Under utdanning	0,3 %	1,6 %	0,0 %	1,3 %	1,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
9. Ukjent	0,9 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %
b. Arbeidstrening/kurs					
0. Nei	95,5 %	95,1 %	96,0 %	95,2 %	91,1 %
1. Ja	2,2 %	4,3 %	2,0 %	4,8 %	8,6 %
9. Ukjent	2,2 %	0,5 %	2,0 %	0,0 %	0,3 %
c. Dagtilbud					
0. Nei	93,6 %	88,6 %	93,3 %	92,4 %	88,4 %
1. Ja	5,1 %	11,4 %	5,3 %	7,6 %	11,1 %
9. Ukjent	1,3 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,5 %
A2. Viktigste inntekt					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Forsørget av andre	0,0 %	0,5 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %
1. Arbeidsinntekt	15,0 %	9,2 %	7,9 %	8,2 %	10,4 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,9 %	0,2 %
5. Arbeidsavklaringspenger	8,3 %	12,5 %	7,2 %	8,5 %	8,3 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	67,4 %	69,0 %	77,6 %	75,6 %	77,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	6,4 %	4,9 %	0,7 %	3,8 %	1,3 %
10. Annet	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,9 %	0,5 %
9. Ukjent	1,3 %	2,7 %	3,9 %	0,9 %	0,2 %
A3. Boligforhold					
0. Ingen bolig	1,4 %	2,8 %	0,7 %	2,6 %	0,5 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,7 %	1,1 %	3,4 %	1,0 %	1,0 %
2. Institusjon	4,4 %	6,7 %	4,7 %	4,2 %	2,8 %
3. Fengsel	1,7 %	2,2 %	2,0 %	1,3 %	2,0 %
4. Hos foreldre	2,0 %	2,2 %	0,7 %	4,8 %	2,8 %
5. Hos andre	2,4 %	0,6 %	1,3 %	4,8 %	1,2 %
6. Egen bolig	83,3 %	83,8 %	84,6 %	79,7 %	89,1 %
10. Annet	0,7 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %	0,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,6 %	1,3 %	0,6 %	0,2 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)					
a. HIV					
0. Ikke smittet	92,1 %	91,3 %	94,1 %	91,5 %	97,0 %
1. Smittet	0,3 %	1,6 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %
9. Ukjent	7,6 %	7,1 %	5,9 %	7,9 %	2,6 %
b. Hepatitt C					
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)	29,7 %	41,5 %	38,8 %	32,2 %	
1. HepC sykdom er ferdig behandlet	53,9 %	31,7 %	35,5 %	52,2 %	
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)	7,4 %	8,7 %	3,3 %	2,9 %	
3. HepC sykdom er under behandling	1,5 %	0,5 %	1,3 %	2,9 %	
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)	7,4 %	17,5 %	21,1 %	9,9 %	
A6. LAR-Medikament					
0. Metadon	16,0 %	42,9 %	53,3 %	27,1 %	30,2 %
1. Buprenorfin (Subutex)	27,5 %	36,4 %	30,3 %	40,1 %	43,8 %
1a. Buprenorfin depot	34,0 %	13,0 %	6,6 %	18,6 %	16,9 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,4 %	7,1 %	6,6 %	10,4 %	6,8 %
3. Andre	9,2 %	0,5 %	3,3 %	3,8 %	2,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Metadon	81,4	84,8	90,8	81,6	92,1
1. Buprenofin (Subutex)	17,4	11,4	14,9	12,2	15,7
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,3	8,3	16,0	12,3	15,2
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	67,8 %	16,8 %	13,5 %	79,7 %	85,8 %
1. Fastlege	28,7 %	81,0 %	83,1 %	19,7 %	13,9 %
2. Annen lege	1,6 %	2,2 %	3,4 %	0,6 %	0,2 %
9. Ukjent	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
A9. Spesielle forhold					
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?					
0. Ikke påvist covid-19	96,6 %	84,0 %	67,3 %	83,3 %	74,2 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	2,8 %	2,2 %	0,7 %	1,6 %	2,1 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,7 %	0,0 %	0,7 %	1,3 %	0,3 %
9. Ukjent	0,0 %	13,8 %	31,3 %	13,8 %	23,3 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	70,7 %	52,5 %	64,4 %	69,0 %	59,7 %
1. Ja	25,2 %	41,5 %	34,9 %	30,4 %	35,9 %
9. Ukjent	4,1 %	6,0 %	0,7 %	0,6 %	4,5 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	79,1 %	77,2 %	72,4 %	92,4 %	81,8 %
1. Ja	13,0 %	10,3 %	9,2 %	3,8 %	6,8 %
9. Ukjent	7,9 %	12,5 %	18,4 %	3,8 %	11,4 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,0	3,6	2,7	2,8	2,8
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	3,5	2,3	2,4	2,8
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	67,0 %	0,5 %	3,4 %	8,5 %	15,2 %
1. Apotek	13,7 %	43,7 %	71,6 %	30,7 %	44,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	13,1 %	43,7 %	14,2 %	54,4 %	33,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,2 %	8,7 %	10,1 %	5,7 %	6,1 %
4. Legekantor	0,0 %	3,3 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,3 %	0,7 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
A11. Urinprøveordning					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
a. Type avtale					
0. Ingen urinprøver	55,8 %	7,6 %	59,5 %	23,2 %	33,6 %
1. Stikkprøver	36,9 %	27,7 %	27,7 %	36,2 %	23,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	7,1 %	62,0 %	9,5 %	39,0 %	42,5 %
9. Ukjent	0,3 %	2,7 %	3,4 %	1,6 %	0,7 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,1	0,6	0,1	0,3	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO					
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker					
a. Målsetting for behandlingen					
0. Rehab med rusfrihet	54,1 %	76,1 %	76,2 %	66,9 %	70,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	44,0 %	21,2 %	23,8 %	32,8 %	28,8 %
9. Ikke avtalt	1,9 %	2,7 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	95,6 %	97,8 %	13,2 %	88,6 %	64,3 %
1. Overført	4,1 %	1,6 %	86,2 %	11,4 %	35,7 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	63,4 %	78,3 %	38,4 %	60,6 %	54,0 %
1. Ja	34,7 %	16,3 %	56,3 %	39,1 %	44,3 %
9. Ukjent	1,9 %	5,4 %	5,3 %	0,3 %	1,7 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?					
0. Nei	88,0 %	80,4 %	84,8 %	90,5 %	92,2 %
1. Ja	10,4 %	13,6 %	14,6 %	9,1 %	6,9 %
9. Ukjent	1,6 %	6,0 %	0,7 %	0,3 %	0,8 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	92,4 %	90,1 %	87,5 %	90,8 %	87,4 %
1. Ja	2,9 %	4,9 %	7,2 %	8,9 %	5,6 %
9. Ukjent	4,8 %	4,9 %	5,3 %	0,3 %	6,9 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling					
0. Nei	91,2 %	87,5 %	75,7 %	93,6 %	94,9 %
1. Ja	7,1 %	1,1 %	23,0 %	5,7 %	4,1 %
9. Ukjent	1,6 %	11,4 %	1,3 %	0,6 %	1,0 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	79,3 %	31,7 %	71,3 %	84,8 %	61,3 %
1. Ja	20,3 %	68,3 %	28,0 %	15,2 %	38,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	79,1 %	71,2 %	88,8 %	81,1 %	84,3 %
1. Ja	14,6 %	14,1 %	7,2 %	12,0 %	9,9 %
9. Ukjent	6,3 %	14,7 %	3,9 %	6,9 %	5,8 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	65,5 %	53,8 %	84,2 %	73,8 %	79,1 %
1. Ja	27,8 %	30,4 %	10,5 %	19,6 %	14,9 %
9. Ukjent	6,6 %	15,8 %	5,3 %	6,6 %	6,0 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	88,9 %	81,0 %	92,8 %	88,0 %	86,4 %
1. Ja	5,1 %	4,9 %	3,9 %	5,2 %	7,3 %
9. Ukjent	6,0 %	14,1 %	3,3 %	6,8 %	6,3 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	53,7 %	72,9 %	63,2 %	63,3 %	54,5 %
1. Ja	40,8 %	13,3 %	31,6 %	32,6 %	39,3 %
9. Ukjent	5,5 %	13,8 %	5,3 %	4,2 %	6,1 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	79,1 %	77,2 %	72,4 %	92,4 %	81,8 %
1. Ja	13,0 %	10,3 %	9,2 %	3,8 %	6,8 %
9. Ukjent	7,9 %	12,5 %	18,4 %	3,8 %	11,4 %
b. Cannabis					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	60,3 %	57,4 %	65,1 %	53,6 %	58,3 %
1. Ja	30,2 %	29,5 %	12,5 %	42,3 %	32,1 %
9. Ukjent	9,5 %	13,1 %	22,4 %	4,1 %	9,6 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	58,5 %	37,0 %	59,9 %	58,4 %	48,4 %
1. Ja	33,2 %	51,1 %	18,4 %	38,5 %	43,1 %
9. Ukjent	8,2 %	12,0 %	21,7 %	3,2 %	8,4 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	73,1 %	71,2 %	69,1 %	78,4 %	73,7 %
1. Ja	18,0 %	15,8 %	10,5 %	16,2 %	15,4 %
9. Ukjent	8,9 %	13,0 %	20,4 %	5,4 %	10,9 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	79,2 %	74,5 %	70,0 %	82,5 %	81,5 %
1. Ja	13,4 %	10,3 %	7,3 %	11,1 %	6,3 %
9. Ukjent	7,3 %	15,2 %	22,7 %	6,3 %	12,2 %
B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	43,3 %	35,9 %	50,3 %	41,3 %	49,9 %
1. Få enkeltepisoder	17,2 %	19,0 %	13,8 %	22,1 %	13,4 %
2. Regelmessig bruk	32,8 %	33,2 %	14,5 %	32,2 %	30,4 %
9. Ukjent	6,7 %	12,0 %	21,4 %	4,4 %	6,3 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkoh bruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,4 %	54,9 %	51,4 %	50,0 %	55,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,0 %	18,5 %	13,9 %	25,2 %	21,5 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	18,5 %	9,2 %	12,5 %	18,8 %	18,4 %
9. Ukjent	6,1 %	17,4 %	22,2 %	6,1 %	5,0 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt					
0. Nei	80,5 %	72,8 %	67,8 %	87,4 %	78,8 %
1. Ja	10,9 %	12,0 %	7,9 %	6,9 %	11,6 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
9. Ukjent	8,6 %	15,2 %	24,3 %	5,7 %	9,6 %
C2. Overdose siste år					
0. Nei	85,3 %	79,9 %	82,9 %	89,0 %	90,4 %
1. Ja	8,3 %	6,5 %	3,9 %	7,9 %	3,8 %
9. Ukjent	6,4 %	13,6 %	13,2 %	3,2 %	5,8 %
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	90,7 %	82,6 %	88,0 %	94,3 %	91,6 %
1. Ja	2,9 %	2,7 %	0,7 %	2,9 %	1,8 %
9. Ukjent	6,4 %	14,7 %	11,3 %	2,9 %	6,6 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	41,0 %	29,5 %	46,0 %	36,0 %	38,1 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	22,5 %	25,7 %	16,0 %	25,8 %	26,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	33,9 %	32,2 %	20,0 %	35,4 %	30,5 %
9. Ukjent	2,6 %	12,6 %	18,0 %	2,9 %	5,1 %
C5. Fornøydhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	71,3 %	60,3 %	60,5 %	66,8 %	64,1 %
1. Både-og	16,6 %	13,0 %	18,4 %	21,2 %	16,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,7 %	2,2 %	0,0 %	2,2 %	4,0 %
9. Ukjent	6,4 %	24,5 %	21,1 %	9,8 %	15,5 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	76,2 %	72,3 %	60,5 %	71,4 %	74,5 %
1. Både-og	19,4 %	14,1 %	25,7 %	26,3 %	22,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	6,5 %	0,7 %	1,3 %	2,6 %
9. Ukjent	1,6 %	7,1 %	13,2 %	1,0 %	0,7 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	87,0 %	80,3 %	80,9 %	90,8 %	88,4 %
1. Ja	11,1 %	13,1 %	9,9 %	7,9 %	8,3 %
9. Ukjent	1,9 %	6,6 %	9,2 %	1,3 %	3,3 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	12,1 %	23,9 %	49,3 %	13,6 %	17,5 %
1. Ja	87,9 %	76,1 %	50,0 %	86,4 %	82,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,3 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
b. Medarbeider					
0. Nei	83,0 %	45,7 %	37,0 %	75,0 %	80,3 %
1. Ja	17,0 %	54,3 %	62,3 %	25,0 %	19,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,3 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	94,5 %	53,8 %	83,8 %	96,0 %	86,4 %
1. Ja	5,2 %	46,2 %	15,5 %	4,0 %	13,2 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,3 %

Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Antall svar	726	506	256	82
Svarprosent	67,1 %	84,3 %	63,8 %	94,3 %
Kjønn				
Menn	71,2 %	67,6 %	72,8 %	73,2 %
Kvinner	28,8 %	32,4 %	27,2 %	26,8 %
Alder (gjennomsnitt)	45,5	46,1	45,8	43,3
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	98,5 %	96,7 %	99,2 %	97,6 %
1. Eget ønske om avvenning	0,2 %	1,5 %	0,0 %	1,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,3 %	1,5 %	0,8 %	0,0 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	84,3 %	77,7 %	80,7 %	70,7 %
1. Heltidsjobb	7,6 %	13,6 %	13,4 %	20,7 %
2. Deltidsjobb	4,8 %	5,3 %	3,5 %	7,3 %
3. Under utdanning	1,7 %	2,6 %	2,0 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,1 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,4 %	0,2 %	0,4 %	1,2 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	91,1 %	91,7 %	91,7 %	86,6 %
1. Ja	5,6 %	7,1 %	8,3 %	12,2 %
9. Ukjent	3,3 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	85,0 %	85,6 %	78,1 %	74,4 %
1. Ja	11,7 %	11,6 %	21,9 %	23,2 %
9. Ukjent	3,2 %	2,8 %	0,0 %	2,4 %
A2. Viktigste inntekt				
0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
1. Arbeidsinntekt	9,4 %	14,2 %	14,5 %	19,5 %
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,1 %	1,2 %	0,4 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,4 %	0,2 %	0,4 %	2,4 %
5. Arbeidsavklaringspenger	10,2 %	10,9 %	10,2 %	15,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	59,9 %	68,2 %	68,4 %	61,0 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	10,9 %	4,0 %	5,5 %	1,2 %
10. Annet	0,4 %	0,6 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	7,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	2,5 %	2,2 %	0,8 %	1,2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,1 %	2,8 %	1,6 %	0,0 %
2. Institusjon	3,4 %	3,4 %	1,6 %	2,4 %
3. Fengsel	1,0 %	2,8 %	1,2 %	0,0 %
4. Hos foreldre	5,2 %	4,9 %	3,1 %	1,2 %
5. Hos andre	4,1 %	1,8 %	2,0 %	0,0 %
6. Egen bolig	78,4 %	80,0 %	89,5 %	93,9 %
10. Annet	1,0 %	1,6 %	0,4 %	1,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	89,0 %	93,9 %	92,2 %	91,5 %
1. Smittet	0,7 %	1,2 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	10,3 %	5,0 %	7,0 %	8,5 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)			34,5 %	42,7 %
1. HepC sykdom er ferdig behandlet			40,3 %	29,3 %
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)			8,4 %	8,5 %
3. HepC sykdom er under behandling			1,3 %	2,4 %
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)			15,5 %	17,1 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	33,3 %	18,2 %	15,7 %	11,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	48,9 %	65,8 %	61,2 %	59,8 %
1a. Buprenorfin depot	4,9 %	5,0 %	14,1 %	23,2 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	1,0 %	3,8 %	2,4 %	4,9 %
3. Andre	11,3 %	7,2 %	6,7 %	1,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				
0. Metadon	96,8	95,2	90,7	106,1

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
1. Buprenofin (Subutex)	15,6	14,1	14,4	14,2
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,3	17,3	13,3	12,0
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	99,6 %	98,6 %	81,6 %	80,5 %
1. Fastlege	0,4 %	1,2 %	18,0 %	19,5 %
2. Annen lege	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19	60,5 %	80,0 %	95,3 %	74,4 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	7,0 %	1,2 %	1,2 %	2,4 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	32,2 %	18,7 %	3,5 %	23,2 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	63,8 %	61,6 %	73,1 %	65,9 %
1. Ja	33,5 %	37,0 %	24,9 %	32,9 %
9. Ukjent	2,7 %	1,4 %	2,0 %	1,2 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	70,7 %	85,8 %	98,4 %	96,3 %
1. Ja	4,6 %	3,6 %	1,6 %	1,2 %
9. Ukjent	24,8 %	10,7 %	0,0 %	2,4 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	2,8	3,2	1,9
b. Derav antall utlevert overvåket	2,5	2,6	2,7	1,7
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	47,2 %	19,8 %	33,6 %	18,3 %
1. Apotek	27,0 %	27,8 %	33,6 %	25,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,1 %	28,6 %	26,2 %	46,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,8 %	7,8 %	4,3 %	1,2 %
4. Legekantor	6,1 %	10,0 %	1,6 %	8,5 %
10. Annet	3,8 %	5,4 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Ingen urinprøver	40,8 %	34,0 %	16,9 %	28,0 %
1. Stikkprøver	18,1 %	13,9 %	23,5 %	36,6 %
2. Regelmessig prøvetaking	38,9 %	50,7 %	52,9 %	34,1 %
9. Ukjent	2,3 %	1,4 %	6,7 %	1,2 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,3	0,5	0,6	0,4
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	67,5 %	75,4 %	72,9 %	78,0 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	25,5 %	22,6 %	23,5 %	22,0 %
9. Ikke avtalt	6,9 %	2,0 %	3,5 %	0,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	95,5 %	76,7 %	78,3 %	80,2 %
1. Overført	3,8 %	22,9 %	18,1 %	19,8 %
10. Annet	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,4 %	3,6 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	55,1 %	55,6 %	52,4 %	36,6 %
1. Ja	38,1 %	39,8 %	46,9 %	59,8 %
9. Ukjent	6,8 %	4,6 %	0,8 %	3,7 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?				
0. Nei	83,2 %	86,1 %	89,8 %	75,6 %
1. Ja	10,4 %	11,9 %	10,2 %	23,2 %
9. Ukjent	6,4 %	2,0 %	0,0 %	1,2 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	73,3 %	55,8 %	85,1 %	62,2 %
1. Ja	6,8 %	35,9 %	12,2 %	31,7 %
9. Ukjent	19,8 %	8,4 %	2,7 %	6,1 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				
0. Nei	81,4 %	89,2 %	92,2 %	84,1 %
1. Ja	9,4 %	8,6 %	7,5 %	14,6 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
9. Ukjent	9,2 %	2,2 %	0,4 %	1,2 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	80,7 %	62,8 %	63,8 %	31,7 %
1. Ja	17,2 %	36,6 %	34,6 %	62,2 %
9. Ukjent	2,1 %	0,6 %	1,6 %	6,1 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	55,6 %	70,1 %	72,5 %	81,7 %
1. Ja	13,9 %	21,2 %	21,6 %	11,0 %
9. Ukjent	30,5 %	8,8 %	5,9 %	7,3 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	41,5 %	59,2 %	61,6 %	70,7 %
1. Ja	31,1 %	32,7 %	32,2 %	23,2 %
9. Ukjent	27,3 %	8,2 %	6,3 %	6,1 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	67,9 %	85,2 %	88,2 %	81,5 %
1. Ja	7,1 %	6,6 %	7,1 %	8,6 %
9. Ukjent	25,0 %	8,2 %	4,7 %	9,9 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	49,4 %	59,9 %	66,7 %	67,1 %
1. Ja	32,1 %	35,7 %	30,6 %	29,3 %
9. Ukjent	18,5 %	4,4 %	2,8 %	3,7 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	70,7 %	85,8 %	85,1 %	87,8 %
1. Ja	4,6 %	3,6 %	5,6 %	1,2 %
9. Ukjent	24,8 %	10,7 %	9,3 %	11,0 %
b. Cannabis				
0. Nei	44,1 %	58,2 %	56,1 %	53,7 %
1. Ja	31,9 %	30,9 %	34,4 %	41,5 %
9. Ukjent	24,0 %	10,9 %	9,5 %	4,9 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	42,4 %	58,3 %	48,4 %	54,9 %
1. Ja	35,1 %	30,8 %	44,5 %	40,2 %
9. Ukjent	22,5 %	10,9 %	7,1 %	4,9 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	57,0 %	73,1 %	71,2 %	78,8 %
1. Ja	18,4 %	16,2 %	18,8 %	10,0 %
9. Ukjent	24,7 %	10,7 %	10,0 %	11,3 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	62,7 %	78,3 %	84,1 %	78,0 %
1. Ja	9,8 %	10,8 %	7,2 %	12,2 %
9. Ukjent	27,5 %	11,0 %	8,8 %	9,8 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	29,7 %	44,8 %	48,8 %	39,0 %
1. Få enkeltepisoder	20,1 %	19,3 %	14,5 %	19,5 %
2. Regelmessig bruk	30,9 %	27,7 %	28,1 %	37,8 %
9. Ukjent	19,3 %	8,2 %	8,6 %	3,7 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	45,2 %	52,1 %	54,0 %	57,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	26,4 %	21,8 %	24,2 %	20,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,2 %	16,4 %	13,9 %	18,3 %
9. Ukjent	17,2 %	9,7 %	7,9 %	3,7 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	65,5 %	78,6 %	80,1 %	76,8 %
1. Ja	8,0 %	10,5 %	14,8 %	14,6 %
9. Ukjent	26,5 %	10,9 %	5,1 %	8,5 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	75,4 %	86,5 %	91,0 %	87,8 %
1. Ja	8,7 %	7,5 %	6,3 %	8,5 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
9. Ukjent	15,9 %	5,9 %	2,7 %	3,7 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	74,8 %	90,6 %	95,7 %	93,9 %
1. Ja	1,1 %	2,6 %	1,2 %	3,7 %
9. Ukjent	24,1 %	6,8 %	3,1 %	2,4 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	25,9 %	35,5 %	34,9 %	35,4 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	28,0 %	25,1 %	25,1 %	22,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	31,7 %	33,3 %	34,9 %	34,1 %
9. Ukjent	14,3 %	6,0 %	5,1 %	8,5 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	40,9 %	61,6 %	55,1 %	52,4 %
1. Både-og	13,8 %	20,9 %	24,2 %	24,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,1 %	5,6 %	8,2 %	11,0 %
9. Ukjent	43,2 %	12,0 %	12,5 %	12,2 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	52,5 %	58,6 %	68,6 %	59,8 %
1. Både-og	41,0 %	31,8 %	26,5 %	32,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,2 %	8,0 %	1,2 %	3,7 %
9. Ukjent	2,3 %	1,6 %	3,7 %	3,7 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	68,6 %	73,4 %	87,0 %	84,1 %
1. Ja	22,5 %	23,2 %	8,7 %	11,0 %
9. Ukjent	8,9 %	3,4 %	4,3 %	4,9 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	47,7 %	17,4 %	21,3 %	30,5 %
1. Ja	52,0 %	82,6 %	78,7 %	68,3 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
b. Medarbeider				
0. Nei	89,4 %	88,3 %	54,1 %	48,8 %
1. Ja	10,1 %	11,7 %	45,9 %	51,2 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	96,1 %	95,8 %	92,6 %	75,6 %
1. Ja	3,3 %	4,2 %	6,8 %	24,4 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %

Helseregion Midt

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
Antall svar	362	92	204
Svarprosent	105,8 %	80,0 %	101,5 %
Kjønn			
Menn	69,1 %	65,2 %	76,0 %
Kvinner	30,9 %	34,8 %	24,0 %
Alder (gjennomsnitt)	46,4	44,7	44,2
A. Aktuell situasjon			
A0. Aktuell situasjon			
0. Ikke utskrevet	94,5 %	95,7 %	99,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,5 %	1,1 %	0,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,8 %	2,2 %	0,5 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,3 %	1,1 %	0,0 %
A1. Beskjeftigelse			
a. Yrkesstatus			
0. Uten beskjeftigelse	73,5 %	78,3 %	71,1 %
1. Heltidsjobb	14,1 %	8,7 %	17,2 %
2. Deltidsjobb	8,3 %	8,7 %	7,8 %
3. Under utdanning	0,6 %	2,2 %	0,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	2,2 %	0,0 %
9. Ukjent	3,0 %	0,0 %	3,4 %
b. Arbeidstrening/kurs			
0. Nei	90,3 %	91,3 %	90,7 %
1. Ja	6,1 %	7,6 %	4,4 %
9. Ukjent	3,6 %	1,1 %	4,9 %
c. Dagtilbud			
0. Nei	88,1 %	83,7 %	81,4 %
1. Ja	7,7 %	16,3 %	13,7 %
9. Ukjent	4,1 %	0,0 %	4,9 %
A2. Viktigste inntekt			
0. Forsørget av andre	0,3 %	0,0 %	0,0 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
1. Arbeidsinntekt	13,5 %	9,8 %	19,1 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,6 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,4 %	2,2 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	7,2 %	10,9 %	11,3 %
6. Uførepensjon/alderspension	68,8 %	70,7 %	61,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	3,0 %	2,2 %	2,9 %
10. Annet	1,7 %	2,2 %	0,5 %
9. Ukjent	3,3 %	2,2 %	3,9 %
A3. Boligforhold			
0. Ingen bolig	1,9 %	0,0 %	1,5 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,5 %	0,0 %	1,0 %
2. Institusjon	3,0 %	2,2 %	3,4 %
3. Fengsel	1,9 %	0,0 %	1,5 %
4. Hos foreldre	3,0 %	0,0 %	2,0 %
5. Hos andre	0,8 %	2,2 %	2,0 %
6. Egen bolig	84,3 %	92,4 %	85,3 %
10. Annet	0,0 %	2,2 %	0,0 %
9. Ukjent	2,5 %	1,1 %	3,4 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)			
a. HIV			
0. Ikke smittet	89,8 %	87,0 %	68,1 %
1. Smittet	0,3 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	9,9 %	13,0 %	30,4 %
b. Hepatitt C			
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)			
1. HepC sykdom er ferdig behandlet			
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)			
3. HepC sykdom er under behandling			
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)			
A6. LAR-Medikament			
0. Metadon	25,7 %	26,1 %	27,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	31,8 %	40,2 %	23,5 %
1a. Buprenorfin depot	24,0 %	13,0 %	21,1 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,4 %	19,6 %	26,5 %
3. Andre	4,1 %	1,1 %	1,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,5 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)			
0. Metadon	79,1	81,5	83,3

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
1. Buprenofin (Subutex)	15,1	16,2	13,0
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,7	16,4	15,6
A8. Forskrivende lege			
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	64,9 %	33,7 %	23,0 %
1. Fastlege	32,6 %	66,3 %	75,5 %
2. Annen lege	1,9 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	1,0 %
A9. Spesielle forhold			
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?			
0. Ikke påvist covid-19	80,4 %	90,2 %	65,7 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	5,0 %	1,1 %	2,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,6 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	14,1 %	8,7 %	31,9 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?			
0. Nei	56,1 %	67,4 %	68,6 %
1. Ja	36,2 %	32,6 %	22,1 %
9. Ukjent	7,7 %	0,0 %	9,3 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?			
0. Nei	92,8 %	100,0 %	87,3 %
1. Ja	0,8 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	6,4 %	0,0 %	11,3 %
A10. LAR-medikamentutlevering			
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	2,9	2,3
b. Derav antall utlevert overvåket	3,1	3,0	2,3
c. Viktigste utleveringssted			
0. LAR-tiltak	26,5 %	13,0 %	20,1 %
1. Apotek	42,8 %	48,9 %	47,1 %
2. Kommunal tjenesteapparat	21,0 %	34,8 %	24,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,6 %	1,1 %	3,9 %
4. Legekontor	2,8 %	2,2 %	2,0 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,5 %
A11. Urinprøveordning			
a. Type avtale			

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
0. Ingen urinprøver	45,3 %	38,0 %	18,6 %
1. Stikkprøver	34,8 %	34,8 %	56,4 %
2. Regelmessig prøvetaking	18,8 %	27,2 %	22,5 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	2,5 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,4	0,3
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO			
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker			
a. Målsetting for behandlingen			
0. Rehab med rusfrihet	65,7 %	66,3 %	70,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	31,2 %	33,7 %	23,0 %
9. Ikke avtalt	3,0 %	0,0 %	6,4 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten			
0. Ikke overført	52,8 %	34,8 %	20,6 %
1. Overført	46,4 %	65,2 %	76,5 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	2,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging			
0. Nei	35,1 %	44,6 %	38,2 %
1. Ja	59,7 %	53,3 %	51,5 %
9. Ukjent	5,2 %	2,2 %	10,3 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?			
0. Nei	84,0 %	83,7 %	81,9 %
1. Ja	9,9 %	16,3 %	8,3 %
9. Ukjent	6,1 %	0,0 %	9,8 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?			
0. Nei	71,3 %	55,4 %	50,5 %
1. Ja	19,9 %	44,6 %	34,8 %
9. Ukjent	8,8 %	0,0 %	14,7 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling			
0. Nei	89,2 %	91,3 %	85,3 %
1. Ja	3,0 %	7,6 %	3,9 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
9. Ukjent	7,7 %	1,1 %	10,8 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?			
0. Nei	75,1 %	58,7 %	73,0 %
1. Ja	18,5 %	41,3 %	22,1 %
9. Ukjent	6,4 %	0,0 %	4,9 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker			
a. Alvorlig depresjon			
0. Nei	71,5 %	76,1 %	62,7 %
1. Ja	15,2 %	14,1 %	16,7 %
9. Ukjent	13,3 %	9,8 %	20,6 %
b. Alvorlig angst			
0. Nei	64,4 %	69,6 %	55,4 %
1. Ja	22,1 %	22,8 %	24,0 %
9. Ukjent	13,5 %	7,6 %	20,6 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner			
0. Nei	82,6 %	82,6 %	73,0 %
1. Ja	4,1 %	8,7 %	4,9 %
9. Ukjent	13,3 %	8,7 %	22,1 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker			
0. Nei	53,3 %	56,5 %	53,9 %
1. Ja	34,5 %	33,7 %	27,0 %
9. Ukjent	12,2 %	9,8 %	19,1 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker			
a. Opioder			
0. Nei	72,1 %	79,3 %	76,5 %
1. Ja	13,0 %	5,4 %	5,9 %
9. Ukjent	14,9 %	15,2 %	17,6 %
b. Cannabis			
0. Nei	60,5 %	63,0 %	57,8 %
1. Ja	23,5 %	22,8 %	24,0 %
9. Ukjent	16,0 %	14,1 %	18,1 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
c. Benzodiazepiner eller lignende			
0. Nei	46,7 %	50,0 %	61,3 %
1. Ja	39,8 %	38,0 %	22,1 %
9. Ukjent	13,5 %	12,0 %	16,7 %
d. Sentralstimulerende midler			
0. Nei	75,7 %	67,4 %	71,1 %
1. Ja	10,2 %	19,6 %	9,8 %
9. Ukjent	14,1 %	13,0 %	19,1 %
e. Alkohol til beruselse			
0. Nei	77,6 %	83,7 %	69,6 %
1. Ja	6,4 %	5,4 %	10,8 %
9. Ukjent	16,0 %	10,9 %	19,6 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker			
0. Aldri	45,9 %	50,0 %	46,1 %
1. Få enkeltepisoder	16,3 %	17,4 %	14,7 %
2. Regelmessig bruk	25,7 %	22,8 %	19,1 %
9. Ukjent	12,2 %	9,8 %	20,1 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker			
0. God funksjon, fungerer "som andre"	55,5 %	56,5 %	52,9 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14,9 %	25,0 %	16,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,4 %	8,7 %	7,8 %
9. Ukjent	12,2 %	9,8 %	22,5 %
C. SISTE ÅR			
C1. Lovbrudd siste år			
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt			
0. Nei	80,7 %	84,8 %	73,0 %
1. Ja	9,1 %	10,9 %	12,3 %
9. Ukjent	10,2 %	4,3 %	14,7 %
C2. Overdose siste år			
0. Nei	85,4 %	85,9 %	78,4 %
1. Ja	5,8 %	6,5 %	5,9 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
9. Ukjent	8,8 %	7,6 %	15,7 %
C3. Suicidforsøk siste år			
0. Nei	76,5 %	78,1 %	87,2 %
1. Ja	1,4 %	0,4 %	2,1 %
9. Ukjent	22,1 %	21,5 %	10,6 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år			
0. Aldri	39,0 %	35,9 %	39,7 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	25,1 %	34,8 %	19,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,5 %	26,1 %	25,0 %
9. Ukjent	7,5 %	3,3 %	15,7 %
C5. Fornøydhet			
a. Pasientens vurdering			
0. Fornøyd vellykket	60,5 %	56,5 %	53,9 %
1. Både-og	17,1 %	18,5 %	13,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,1 %	8,7 %	8,3 %
9. Ukjent	16,3 %	16,3 %	24,0 %
b. Utfyllers vurdering			
0. Fornøyd vellykket	65,2 %	67,4 %	68,1 %
1. Både-og	23,5 %	27,2 %	21,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,7 %	5,4 %	3,4 %
9. Ukjent	6,6 %	0,0 %	7,4 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?			
0. Nei	82,3 %	83,7 %	75,5 %
1. Ja	11,0 %	15,2 %	16,2 %
9. Ukjent	6,6 %	1,1 %	8,3 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?			
a. Pasient			
0. Nei	19,3 %	18,5 %	24,5 %
1. Ja	80,7 %	80,4 %	75,0 %
9. Ukjent	0,0 %	1,1 %	0,5 %
b. Medarbeider			
0. Nei	83,7 %	40,2 %	74,0 %
1. Ja	16,3 %	59,8 %	26,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
c. Ansvarsgruppe			
0. Nei	95,3 %	91,3 %	92,2 %
1. Ja	3,9 %	8,7 %	7,4 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	0,5 %

Helseregion Nord

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
Antall svar	213	280	48	102
Svarprosent	99,5 %	92,1 %	104,3 %	106,3 %
Kjønn				
Menn	72,8 %	70,4 %	72,9 %	66,7 %
Kvinner	27,2 %	29,6 %	27,1 %	33,3 %
Alder (gjennomsnitt)	46,4	47,4	42,2	45,7
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	97,2 %	98,4 %	95,0 %	94,1 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	0,0 %	2,5 %	2,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,4 %	1,6 %	2,5 %	3,9 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	77,0 %	68,6 %	83,3 %	84,3 %
1. Heltidsjobb	8,9 %	9,6 %	10,4 %	7,8 %
2. Deltidsjobb	9,4 %	6,4 %	6,3 %	7,8 %
3. Under utdanning	0,5 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	4,2 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	92,0 %	82,1 %	86,7 %	95,1 %
1. Ja	3,3 %	1,1 %	8,9 %	3,9 %
9. Ukjent	4,7 %	16,8 %	4,4 %	1,0 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	87,3 %	82,4 %	88,9 %	89,2 %
1. Ja	7,5 %	2,5 %	4,4 %	8,8 %
9. Ukjent	5,2 %	15,1 %	6,7 %	2,0 %
A2. Viktigste inntekt				
0. Forsørget av andre	0,9 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
1. Arbeidsinntekt	10,3 %	10,4 %	10,6 %	11,8 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	9,4 %	12,2 %	14,9 %	9,8 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	70,0 %	55,6 %	66,0 %	75,5 %
7. Stønads til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	3,3 %	3,9 %	2,1 %	1,0 %
10. Annet	1,9 %	0,7 %	2,1 %	0,0 %
9. Ukjent	3,3 %	15,4 %	4,3 %	2,0 %
A3. Boligforhold				
0. Ingen bolig	0,5 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	2,9 %	0,0 %	1,0 %
2. Institusjon	1,9 %	2,5 %	2,1 %	0,0 %
3. Fengsel	1,9 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	4,2 %	4,4 %	2,1 %	4,9 %
5. Hos andre	3,8 %	2,9 %	10,6 %	2,9 %
6. Egen bolig	81,2 %	67,3 %	85,1 %	86,3 %
10. Annet	4,7 %	1,5 %	0,0 %	2,0 %
9. Ukjent	1,9 %	13,5 %	0,0 %	2,9 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)				
a. HIV				
0. Ikke smittet	92,5 %	81,7 %	89,6 %	84,3 %
1. Smittet	0,9 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	6,6 %	17,9 %	10,4 %	15,7 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet (HepC antigen negativ)	41,3 %	46,7 %	66,7 %	37,3 %
1. HepC sykdom er ferdig behandlet	46,9 %	31,0 %	16,7 %	2,9 %
2. HepC positiv? (antigen påvist, ubeh.)	2,3 %	5,9 %	4,8 %	5,9 %
3. HepC sykdom er under behandling	4,2 %	1,2 %	0,0 %	23,5 %
9. Ukjent HepC status (inkl. avbrudd beh.)	5,2 %	15,3 %	11,9 %	30,4 %
A6. LAR-Medikament				
0. Metadon	35,2 %	27,6 %	16,7 %	20,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	44,1 %	33,3 %	37,5 %	37,6 %
1a. Buprenorfin depot	7,0 %	11,8 %	18,8 %	16,8 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	8,5 %	6,5 %	27,1 %	8,9 %
3. Andre	4,7 %	8,6 %	0,0 %	13,9 %
9. Ukjent	0,5 %	12,2 %	0,0 %	2,0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)				
0. Metadon	102,0	94,1	126,3	97,6

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
1. Buprenofin (Subutex)	18,9	14,4	14,3	14,7
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,4	14,9	12,5	12,7
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	33,8 %	52,7 %	89,6 %	69,0 %
1. Fastlege	62,9 %	46,6 %	10,4 %	29,0 %
2. Annen lege	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	2,3 %	0,7 %	0,0 %	2,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19	64,8 %	73,3 %	85,4 %	78,4 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	1,9 %	4,3 %	0,0 %	1,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	33,3 %	22,0 %	14,6 %	19,6 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	57,7 %	37,0 %	46,5 %	32,4 %
1. Ja	40,8 %	43,2 %	48,8 %	60,8 %
9. Ukjent	1,4 %	19,8 %	4,7 %	6,9 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	93,9 %	65,7 %	79,2 %	89,2 %
1. Ja	3,8 %	8,9 %	6,3 %	6,9 %
9. Ukjent	2,3 %	25,4 %	14,6 %	3,9 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,3	2,7	3,8	2,2
b. Derav antall utlevert overvåket	3,4	2,7	3,7	2,1
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	4,7 %	16,9 %	0,0 %	8,1 %
1. Apotek	49,3 %	44,2 %	35,4 %	55,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	35,7 %	17,6 %	58,3 %	25,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,3 %	6,8 %	4,2 %	1,0 %
4. Legekantor	5,2 %	3,2 %	2,1 %	9,1 %
10. Annet	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	10,1 %	0,0 %	1,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
0. Ingen urinprøver	28,6 %	39,0 %	18,9 %	37,6 %
1. Stikkprøver	46,5 %	29,3 %	43,2 %	38,6 %
2. Regelmessig prøvetaking	22,5 %	14,3 %	21,6 %	17,8 %
9. Ukjent	2,3 %	17,4 %	16,2 %	5,9 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,9	0,1	0,2	0,1
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	64,3 %	64,4 %	85,4 %	70,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	24,4 %	15,8 %	12,5 %	24,5 %
9. Ikke avtalt	11,3 %	19,8 %	2,1 %	4,9 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	72,3 %	54,5 %	87,5 %	90,1 %
1. Overført	25,8 %	39,4 %	12,5 %	9,9 %
10. Annet	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	33,8 %	38,5 %	79,2 %	50,0 %
1. Ja	54,5 %	39,9 %	12,5 %	34,3 %
9. Ukjent	11,7 %	21,6 %	8,3 %	15,7 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?				
0. Nei	86,4 %	64,3 %	68,8 %	91,2 %
1. Ja	8,9 %	16,8 %	25,0 %	6,9 %
9. Ukjent	4,7 %	18,9 %	6,3 %	2,0 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	86,4 %	73,5 %	58,3 %	88,2 %
1. Ja	5,6 %	7,2 %	20,8 %	7,8 %
9. Ukjent	8,0 %	19,4 %	20,8 %	3,9 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				
0. Nei	91,5 %	72,2 %	87,5 %	82,4 %
1. Ja	3,3 %	7,9 %	4,2 %	14,7 %

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	5,2 %	19,9 %	8,3 %	2,9 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	65,3 %	65,1 %	86,7 %	83,3 %
1. Ja	33,3 %	17,4 %	13,3 %	15,7 %
9. Ukjent	1,4 %	17,4 %	0,0 %	1,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	64,8 %	67,0 %	58,3 %	62,7 %
1. Ja	13,6 %	9,7 %	27,1 %	12,7 %
9. Ukjent	21,6 %	23,3 %	14,6 %	24,5 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	60,6 %	53,4 %	50,0 %	52,0 %
1. Ja	17,8 %	24,0 %	39,6 %	25,5 %
9. Ukjent	21,6 %	22,6 %	10,4 %	22,5 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	77,5 %	70,1 %	77,1 %	67,6 %
1. Ja	1,9 %	8,3 %	10,4 %	9,8 %
9. Ukjent	20,7 %	21,6 %	12,5 %	22,5 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	40,8 %	41,1 %	35,4 %	45,1 %
1. Ja	39,4 %	38,5 %	45,8 %	37,3 %
9. Ukjent	19,7 %	20,4 %	18,8 %	17,6 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	72,8 %	65,7 %	79,2 %	60,8 %
1. Ja	4,7 %	8,9 %	6,3 %	8,8 %
9. Ukjent	22,5 %	25,4 %	14,6 %	30,4 %
b. Cannabis				
0. Nei	49,8 %	44,4 %	54,2 %	46,1 %
1. Ja	26,8 %	29,7 %	33,3 %	23,5 %
9. Ukjent	23,5 %	25,8 %	12,5 %	30,4 %

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
c. Benzodiazepiner eller lignende				
0. Nei	39,0 %	38,9 %	56,3 %	46,1 %
1. Ja	43,7 %	36,4 %	29,2 %	26,5 %
9. Ukjent	17,4 %	24,6 %	14,6 %	27,5 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	66,7 %	62,0 %	72,9 %	54,9 %
1. Ja	8,9 %	13,3 %	14,6 %	15,7 %
9. Ukjent	24,4 %	24,7 %	12,5 %	29,4 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	71,4 %	64,4 %	72,9 %	54,9 %
1. Ja	4,2 %	8,4 %	12,5 %	14,7 %
9. Ukjent	24,4 %	27,3 %	14,6 %	30,4 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	44,1 %	32,6 %	35,4 %	31,4 %
1. Få enkeltepisoder	10,8 %	14,9 %	20,8 %	14,7 %
2. Regelmessig bruk	24,4 %	27,2 %	25,0 %	24,5 %
9. Ukjent	20,7 %	25,4 %	18,8 %	29,4 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,5 %	46,5 %	45,8 %	41,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14,1 %	16,6 %	16,7 %	14,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	8,5 %	10,0 %	18,8 %	17,6 %
9. Ukjent	23,9 %	26,9 %	18,8 %	26,5 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt				
0. Nei	70,0 %	63,8 %	70,8 %	68,6 %
1. Ja	7,5 %	13,3 %	18,8 %	4,9 %
9. Ukjent	22,5 %	22,9 %	10,4 %	26,5 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	76,1 %	75,6 %	87,5 %	71,6 %
1. Ja	3,3 %	3,2 %	0,0 %	3,9 %

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	20,7 %	21,1 %	12,5 %	24,5 %
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	78,2 %	87,8 %	92,4 %	78,9 %
1. Ja	1,1 %	1,7 %	0,0 %	2,9 %
9. Ukjent	20,7 %	10,5 %	7,6 %	18,1 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	32,4 %	33,2 %	39,6 %	25,5 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	29,6 %	16,8 %	20,8 %	22,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	15,0 %	27,4 %	31,3 %	29,4 %
9. Ukjent	23,0 %	22,6 %	8,3 %	22,5 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	54,0 %	46,4 %	45,8 %	46,1 %
1. Både-og	14,1 %	17,3 %	22,9 %	19,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,6 %	4,0 %	10,4 %	3,9 %
9. Ukjent	26,3 %	32,4 %	20,8 %	30,4 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	81,2 %	41,2 %	52,1 %	46,1 %
1. Både-og	14,1 %	21,5 %	45,8 %	38,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	0,5 %	1,5 %	2,1 %	8,8 %
9. Ukjent	4,2 %	35,8 %	0,0 %	6,9 %
C6. anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	85,4 %	70,7 %	95,8 %	55,9 %
1. Ja	11,3 %	9,3 %	2,1 %	31,4 %
9. Ukjent	3,3 %	20,0 %	2,1 %	12,7 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	23,5 %	32,5 %	16,7 %	36,3 %
1. Ja	74,6 %	65,7 %	83,3 %	63,7 %
9. Ukjent	1,9 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	66,2 %	82,5 %	89,1 %	93,1 %
1. Ja	31,9 %	15,7 %	10,9 %	6,9 %
9. Ukjent	1,9 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
c. Ansvarsgruppe				
0. Nei	93,9 %	95,9 %	93,5 %	99,0 %
1. Ja	4,2 %	1,9 %	6,5 %	1,0 %
9. Ukjent	1,9 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %