

Lege Martin Haraldsen

Rødslia 12

3222 Sandefjord mobil: 95203967 epost: mar.har@c2i.net

Dato 07.01.11

Helse- og omsorgsdepartementet

HØRINGSUTTALELSE om norsk narkotikapolitikk, med frist 7.jan.2011

Innhold:

KAPITTEL	side
1. PRESENTASJON	1
2. "LAR ER GRUNDIG EVALUERT"	3
2.1 Pasientrettighetene som glapp	4
2.2 Internasjonal anbefaling	5
2.3 Overdosedødsfall	5
2.4 "Byproblemet"	8
2.5 Forskning	9
2.6 Kostnader	10
3. AVVENNING FRA OPIATER ER ET SJANSESPILL	10
4. KONTROLL MÅ "DOSERES" FORSIKTIG	11
4.1 LAR's alkoholisering	12
4.2 Kontroll i fastlegeregi er tilstrekkelig	13
5. STOLTENBERG-RAPPORTEN	14
5.1 MO-sentre	14
5.2 Heroin-støttet behandling	15
5.3 Behandling for straff, som i Portugal	15
6. FORSLAG TIL NY BEHANDLINGSMODELL	15
6.1 Svake punkter i LAR	15
6.2 Forslag: Integrer LAR i psykiatrien og gi fastlegen behandlingsansvaret!	17
6.3 Fastlegen	18
6.4 Forslag til nytt behandlings-løp	18

Ordforklaringer:

Substitusjonsmedisinene for heroin – metadon og buprenorfin – benevnes her for enkelthets skyld som **opiat**, selv om de på fagspråket helt korrekt heter **opioider**, dvs opiat-lignende.

Benzodiazepiner er vanedannende, beroligende medisiner, som Valium, Sobril, Apodorm.

1. PRESENTASJON

Jeg har interessert meg for behandling av heroinavhengige pasienter siden jeg drev allmennlegepraksis i Sandefjord, i årene 1991-2006, og følger fortsatt opp heroin-pasienter på ulikt vis. Jeg har klart sett hvordan ulike behandlingsmåter fungerer, både i Norge og ute i verden, og har selv bidratt faglig, bl.a med flere foredrag i regi av legeorganisasjonen Europad (jf www.Europad.org) og med artikler i to lege-tidsskrifter: "Tidsskrift for Den norske legeforening" og tidsskriftet til Europad, "Heroin Addiction and Related Clinical Problems" .

Norsk narkotika-politikk, LAR (Legemiddellassistert rehabilitering) hviler på tre skjøre "grunnpilarer":

- 1) LAR er grundig evaluert og dokumentert
- 2) Avvenning bør forsøkes før substitusjonsbehandling
- 3) Kontroller (medisin-inntak og urinprøver) i regi av spesialisthelsetjenesten bedrer rehabilitering og reduserer nyrekruttering

Norsk og utenlandsk statistikk gir klare føringer på at følgende gjelder:

- 1) LAR er overflatisk evaluert og dokumentert
- 2) Avvenning må forsøkes når som helst i behandlingsløpet med substitusjonsmedisiner når pasienten klart er motivert for det – og substitusjonsbehandlingen må kunne gjenopptas dersom avvenningen mislykkes
- 3) Kontroller bør begrenses ved å satse mer på buprenorfin enn metadon, for å øke rehabiliteringen – noe som heller ikke øker nyrekrutteringen

Jeg vil drøfte disse 3 punktene i hvert sitt kapittel. Derne vil jeg presentere en ny behandlingsmodell basert på godt dokumentert internasjonal kunnskap. Det innebærer en omorganisering av eksisterende personell og er lite ressurskrevende. Jeg støtter meg til alle intensjonene i Stoltenberg-rapporten, men tar også hensyn til legefaglige og økonomiske forhold. Jeg mener f.eks at MO-sentrene ikke er den beste metoden for å ivareta straks-oppfølgningen. Fastlegene må få en helt sentral rolle i denne pasientbehandlingen, som for alle andre pasienter.

Behandlingen må være abstinensdempende med trygg medisin, noe som øker motivasjonen for bred rehabilitering for alle som ber om slik hjelp. Den er livreddende, minsker helserisikoen ved fortsatt misbruk, er nyttig for samfunnet, både pga. aktiv deltakelse og gjenetablerte relasjoner, men også pga. mindre vinnings- og voldskriminalitet.

Jeg ga uttrykk for mine synspunkter ved høringen til Stoltenberg-utvalget i fjor. Dette dokumentet er en videreføring av det.

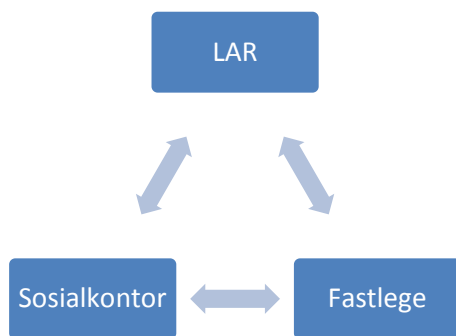
Ved drøfting av norsk behandling av heroinavhengige finnes mange tunge problemstillinger:

- Sprøyterom
- Straffereaksjon som i Portugal, ved å straffe selgere og behandle brukere
- Behandle heroinavhengige med heroin
- Tvangsbehandling på institusjon, spesielt overfor unge og gravide

Dersom vi får til en omlegging av politikken med hovedsatsing på abstinens-dempende behandling med substitusjonsmedisiner, vil de tre første punktene bli mindre aktuelle. Tvangsbehandling kan likevel være aktuelt i enkelt-tilfeller av unge brukere og gravide.

2. “LAR ER GRUNDIG EVALUERT”

Dette er et sitat fra professor i psykiatri Helge Waal, i nedenstående artikkel fra 2007. Dersom han tenker på at LAR-medisinene metadon og buprenorfin er grundig dokumentert, er de det, men den særnorske metoden rundt denne medisineringen er ikke det. Alt tyder på at høyterskelbehandlingen LAR er den direkte årsaken til overdødeligheten vår, til tross for at vi bruker desidert mest ressurser i verden på behandlingen. Det innebærer lange ventetider og involverer for mange aktører og særinteresser.



Figur 1. LAR-systemet

Det er to måter å behandle heroinavhengighet på, enten ved å erstatte gateheroin med en medisin (metadon/buprenorfin/heroin) eller ved å forsøke avvenning fra heroinet. Det er to måter å behandle medikamentelt på, enten ved å gi enkel tilgang til medisinerne eller å kreve mer, som kommunal garanti for rehabilitering, i samarbeid med fastlege – og som oftest avvenningsforsøk før medisiner. Norge har valgt å satse på det siste, i regi av en egen spesialisthelsetjeneste, opprettet for formålet i 1998. Sverige har også valgt en restriktiv linje, men har satset mer på buprenorfin enn metadon, mens vi har satset mest på metadon.

Helge Waal har vært helt sentral helt fra oppstarten av LAR og frem til nylig. Han var i de siste årene både en engasjert leder av LAR-avdelingen LAR-Øst og forskningsleder ved Seraf (Senter for rus- og avhengighetsforskning, ved Universitetet i Oslo). Han er hovedforfatter i en artikkel i det europeiske tidsskriftet “Addiction Research” i 2007, der han karakteriserer LAR:

“Background: Methadone maintenance treatment (MMT) in Norway emphasizes rehabilitation and control with strict intake criteria and rules for involuntary termination. Consequently, the programme should be characterized as high threshold and restrictive, which is somewhat out of tune with the general European trend towards harm reduction and diversity. Methods: The programme has undergone an extensive evaluation with quantitative and qualitative methods. Findings: MMT is at present integrated into the general health and social security system. The restrictive traits have not prevented rapid development in the capacity and coverage. Results on retention and drug use are above average for MMT programmes, but results on vocational rehabilitation are not impressive. The

system is costly and some inherent structural problems cause concern. *Conclusion:* On this basis, central authorities have decided to keep the core structure of the programme, but to implement several changes. Medical diagnosis and evaluation should replace formal regulating criteria.”

Under “Methods” skriver han at programmet er svært grundig evaluert. Jeg må dessverre sterkt imøtegå ham på dette punktet. I 2004 hadde daværende Sosial- og Helsedirektoratet initiert en evaluering, som ble foretatt av AIM Research Based Consulting AS og en annen foretatt av professor Helge Waal. Han fikk ikke gjennomslag for forslaget om et parallelt lavterskel-tilbud i tillegg til LAR.

2.1 Pasientrettighetene som glapp

Et av hovedpoengene i AIM-evalueringen var om pasientrettighetene ble oppfylt i LAR, noe de gikk langt i å bekymre seg for. Konklusjonen i rapporten tok likevel ikke avgjørende hensyn til dette, en rapport som ikke kan sies å være tungt vitenskapelig, der konklusjonen er basert på intervju med 36 LAR-pasienter. Her følger utdrag av rapporten:

“Rusreformen innebærer at LAR-brukerne – og opiatmisbrukere som ikke tas inn i LAR – har fått en annen rettslig status. Slik vi vurderer det, har en ikke tatt konsekvensene av dette tilstrekkelig inn over seg ennå. Det er nødvendig med en grundig gjennomtenkning av hva det innebærer at LAR-kandidater og -brukere har fått pasientrettigheter. Særlig er det nødvendig å revurdere de sanksjonsmidler som er lagt inn i LAR-systemet, dvs utskrivning som reaksjon mot "sidemisbruk" og trusler eller vold. Disse reaksjonsformene har vakt lite oppsikt så lenge LAR-brukerne var definert som sosialklienter, men de står seg dårlig når sammenligningsgrunnlaget blir andre pasientgrupper i helsevesenet, herunder psykiatrien.”

“SHdir har overfor Helsedepartementet påpekt at det i lys av pasientrettighetsloven er problematisk at personer som er tatt inn i LAR, må vente med oppstart pga manglende penger til legemidler.”

“Det synes ikke være noen enkel vei ut av dilemmaene som reises. Pasientrettighetsbestemmelsene tyder i retning av at lavterskeltilbud de facto må aksepteres, for det synes ikke holdbart å nekte pasienter behandling fordi de ikke ønsker den behandling som er best ut fra behandlingsapparatets og en samfunnsmessig synsvinkel.”

“Det hersker svært ulike oppfatninger om det bør etableres et "lavterskeltilbud" med slakkere kontroll og høy toleranse for såkalt sidemisbruk. De fleste LAR-brukere vi har snakket med, mener at et slikt tilbud vil bli en sovepute for både brukere, fagutøvere og politikere. Vår vurdering er at det *ikke* bør etableres et lavterskeltilbud i denne betydning. En bør heller endre utskrivningsreglene slik at utskrivning bare kan skje på grunnlag av medisinsk vurdering, det vil si at pasienten ikke har en nytte av behandlingen.”

Det er uforenlig både å hevde at LAR er grundig evaluert og innrømme at LAR bryter med internasjonal praksis på området. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) i Lisboa,

2.2 Internasjonal anbefaling

EU's narkotika-byrå, har i mange år samlet inn data fra de 27 EU-landene og Norge, Kroatia og Tyrkia. Basert på mangeårige studier av overdosedødsfall kom de i 2006 med en klar anbefaling som følger:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37244_NO_ar2006-no2.pdf

“Verdien av substitusjonsprogrammer som bruker stoffer som metadon og Subutex er nå grundig dokumentert. Studier har vist at substitusjonsbehandling fører til mindre bruk av illegale stoffer, mindre sprøytebruk, redusert risikoatferd assosiert med spredning av HIV og andre infeksjonssykdommer, som deling av utstyr, og bedre sosial funksjon og allmennhelse. Forskning tyder også på redusert kriminell aktivitet, og at et tilstrekkelig godt utbygget substitusjonsbehandlings-tilbud kan virke inn på antallet narkotikarelaterte dødsfall. Optimalt utfall forutsetter at klientene blir inntatt til behandling til rett tid, at substitusjons-behandlingen varer tilstrekkelig lenge og ikke blir avbrutt.”

“Tatt i betraktning at høydosert buprenorfinbehandling ble introdusert i Europa for bare 10 år siden, har stoffet overraskende fort blitt et populært behandlingsalternativ.”

“I 1996 fikk bruken av buprenorfinholdige legemidler i behandlingen av heroinbrukere for første gang rettslig hjemmel i en av EU's medlemsstater. Denne behandlingsformen er nå tilgjengelig og i bruk i de fleste medlemsstatene. Ettersom buprenorfin er underlagt et mindre strengt tillegg til FN's narkotikakonvensjoner, har landene større mulighet for å skrive ut resepter på slike legemidler. I noen land har dette ført til en rask økning i antall klienter som behandles.”

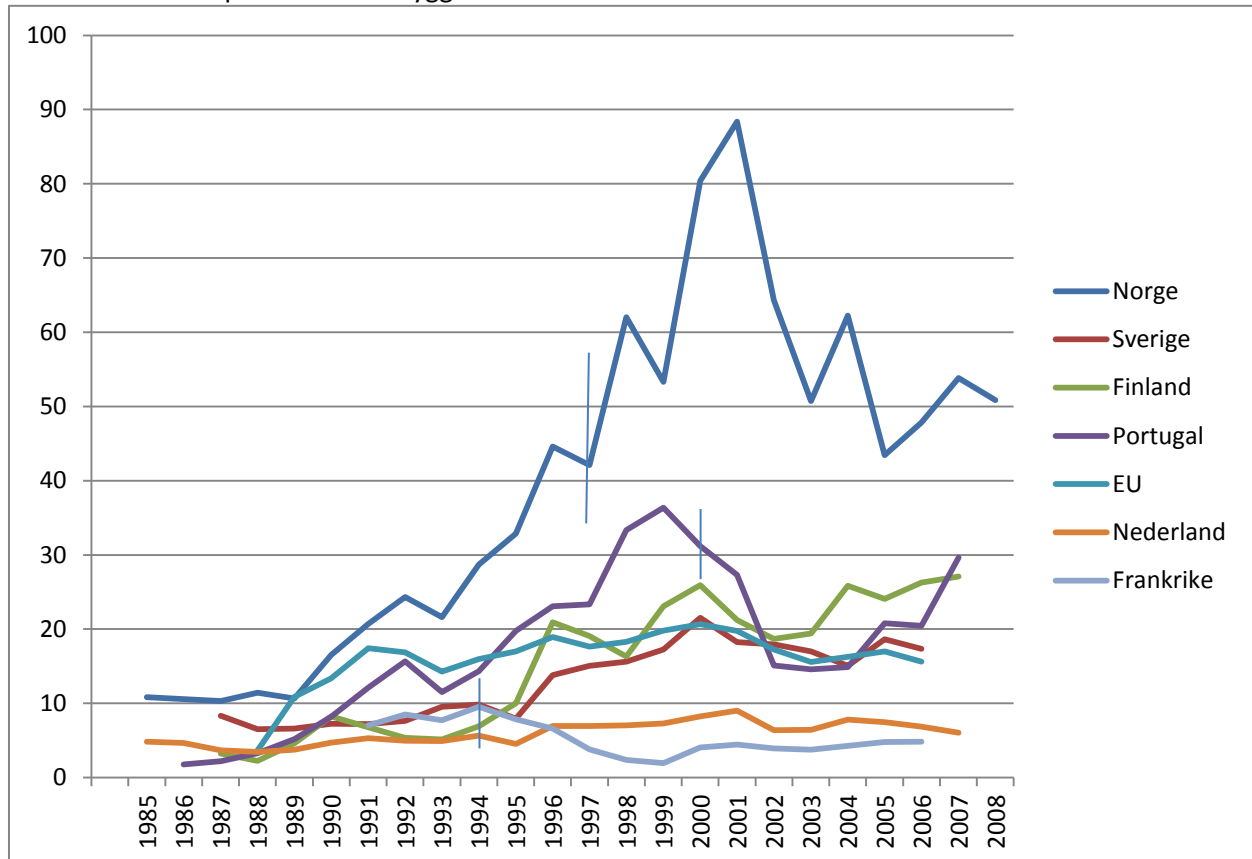
2.3 Overdosedødsfall

Jeg har også spesielt interessert meg for utviklingen av overdosedødsfallene, knyttet til ulike behandlingsopplegg. EMCDDA utarbeidet en tabell på side 84 i årboken for 2009, med dødstall kun for ett år:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_NO EMCDDA AR2009_NO.pdf

Her topper Norge overdosestatistikken sammen med Luxembourg og Estland. Jeg har plukket ut land som er spesielt interessante å sammenligne oss med og har utarbeidet trendkurver for årene 1986-2007 for å kunne følge utviklingen, særlig knyttet til endring i behandlingen. Ifølge EMCDDA er slike kurver mer å stole på fordi registreringsmetoden i det enkelte land endrer seg lite fra år til år.

Overdosedødsfall per million innbyggere



Figur 2. Overdosedødsfall i noen europeiske land i perioden 1986-2007. Overdosetallene er fra EMCDDA-statistikk, tabell <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/drdrtab107a> sammenholdt med korresponderende befolkningstall fra Eurostat. (Vertikale linjer viser siste året før ny behandlingsmetode i Frankrike (substitusjonsoffensiv fra 1995, det første året med metadon, fra 1996 særlig Subutex) og i Norge (1998), samt før "avkriminalisering" i Portugal. Portugal inkluderer også ikke-narkotika-relaterte overdoser, ifølge EMCDDA-tabellen).

Av kurvene ser vi at overdosedødeligheten var omtrent lik i 1990. I årene etterpå ble forskjellige metoder utprøvd, særlig for å hindre spredning av HIV blant sprøytenarkomane. Dette gir et sprik i kurvene. Det er påfallende at to svært ulike metoder, den franske, og den norske endrer fasongen på kurvene, med hhv forbedring og forverring av overdosedødstallene.

Slike studier utfordrer våre vante forestillinger. Hvorfor fikk **Frankrike** redusert overdosene så formidabelt fra 1994 til 1999, med 80%, med den enkleste tenkelige satsingen – Subutex gratis forskrevet i allmennpraksis, nesten uten kontroll av medisiner og urin? Det er vanskelig helt å skjønne mekanismen for at slik "uforsvarlig" behandling virker. Man kan selvsagt også innvende: Hvorfor har ikke dette blitt vanlig behandling i alle andre land? Landene har tendens til å lage sine egne opplegg ut fra egen tradisjon, og språkbarriere kan virke inn. Hos oss står streng kontroll av substitusjons-medisinene og urinprøver sentralt.

Finland har i stor grad satset på Subutex/Suboxone, som kan forskrives av allmennleger. Heroinet ble ikke påvist i overdoser i 2004 pga fortregning av Subutex/Suboxone, som stort sett ble omsatt illegalt. Prisen på heroin falt markant. Dessverre ble buprenorfin påvist ved mange overdosetilfeller. Kombinasjonen med mye alkohol er den farligste. I andre land er det svært sjelden med slike

dødsfall. Likevel har Finland bare halvparten av norske overdosetall.

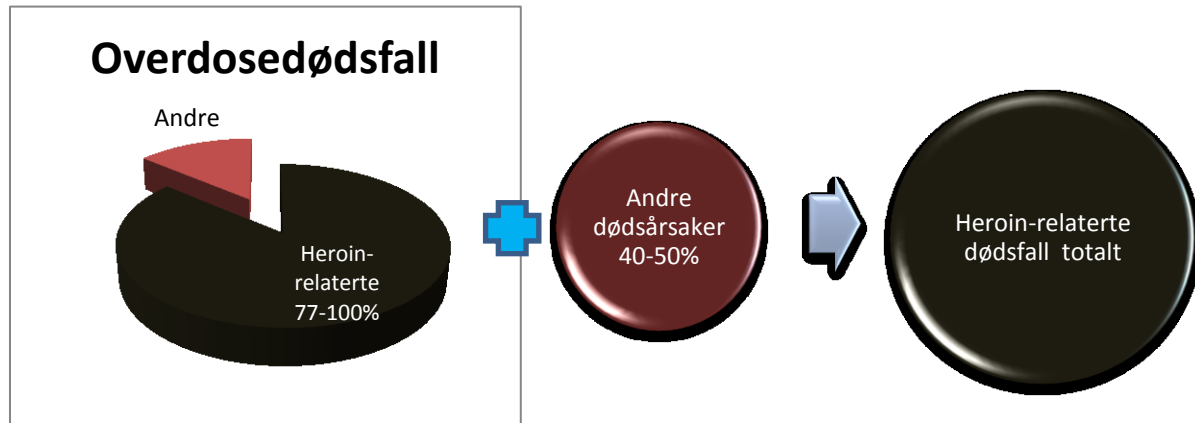
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2906:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:87241::1:5569:1:::0:0

Studiene av overdoser er svært godt korrelert til heroin-misbruket. Nå dør nesten like mange heroinavhengige av andre årsaker, som skader, infeksjoner med følgetilstander, blodpropp osv.

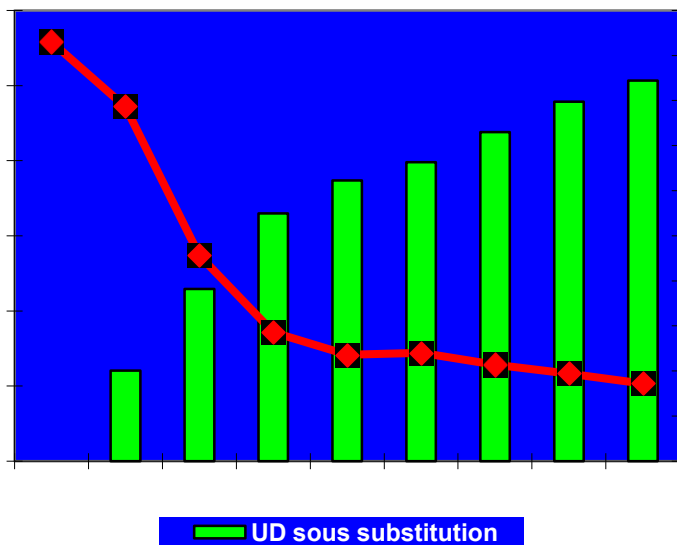
I følge EMCDDA årsrapport 2010:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_NO EMCDDA_AR2010_NO.pdf

Opioider, hovedsakelig heroin og metabolitter av heroin, er til stede i de fleste narkotikainduserte dødsfall som meldes i Europa. I de 20 landene som la fram data i 2008, var opioider skyld i over tre firedele av alle tilfeller (77–100 %), og elleve land rapporterte om en andel på over 85 % (141). Imidlertid er den vanligste dødsårsaken narkotikaoverdose, som representerer inntil **50–60 %** av alle dødsfall hos sprøytebrukere i land med lav HIV/AIDS-prevalens. I tillegg til HIV/AIDS og andre sykdommer inkluderer hyppig rapporterte dødsårsaker selvmord og alkoholmisbruk, som illustrert i en undersøkelse som nylig ble gjennomført i Stockholm. Den fant at 17 % av dødsfallene i en kohort hovedsakelig av opioidbrukere skyldtes selvmord og 15 % ulykker. Alkohol var involvert i 30 % av dødsfallene (Stenbacka et al., 2010).



Figur 3



Figur 4. Fra Frankrike i årene 1995-2003:
Overdoser (rød linje) faller når substitusjonsmedisiner øker

2.4 Byproblemet

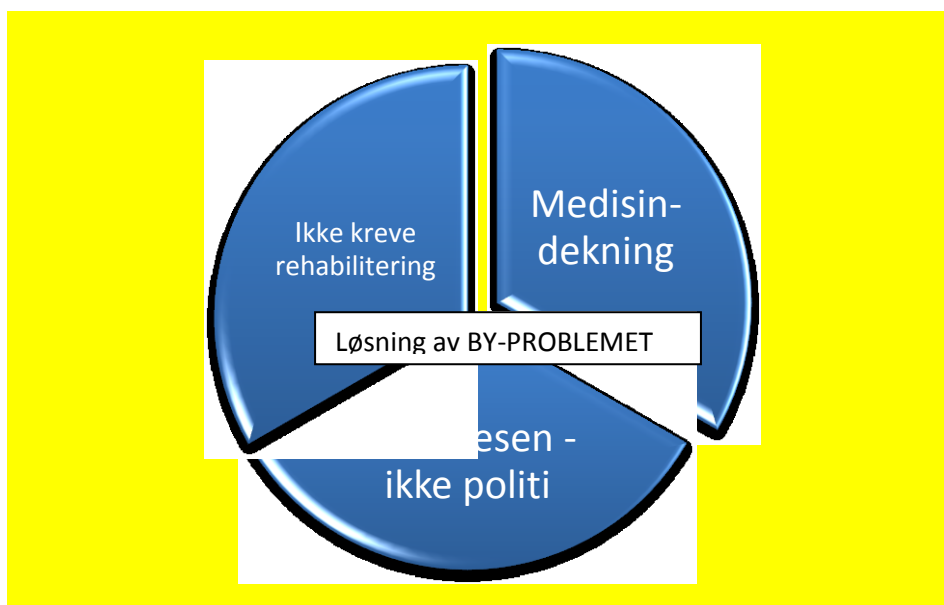
Professor Helge Waal skrev en kronikk i Aftenposten 15.01.05, etter internasjonale studier i regi av Europarådet: “Plata’ i Europa – noe å lære?”, der han innførte begrepet “by-problemet”. Det dreier seg om ansamling av heroinavhengige sentralt i byer. For å få bukt med “by-problemet” ser han tre vesentlige forutsetninger, fordi “det finnes til nå ikke eksempel på noen by som har løst sitt byproblem uten dette.”:

- 1) Gjøre substitusjonsmedisin enkelt tilgjengelig
- 2) Ikke kreve rehabilitering
- 3) Å oppløse ansamlingen av heroinavhengige er en oppgave for helsevesenet, ikke for politiet.

Dette minner ikke mye om LAR!

Jeg kan tilføye at europeiske storbyer langt på vei har løst dette problemet. Jeg er medlem av legeorganisasjonen Europad (se www.europad.org), som arbeider for en verdensvid optimal behandling av heroinavhengige. Styremedlemmene reiser mye rundt i verden, og ser sjelden noe lignende tilstandene i Bergen og Oslo, såkalte “needle parks”. Presidenten og visepresidenten i organisasjonen besøkte Nygårdsparken i mai 2009 og trodde ikke sine egne øyne med det synlige rusproblemet, og mener at dette forholdsvis lett lar seg løse med god tilgang på medisiner fra lege. Intervju i Bergens Tidende ligger på:

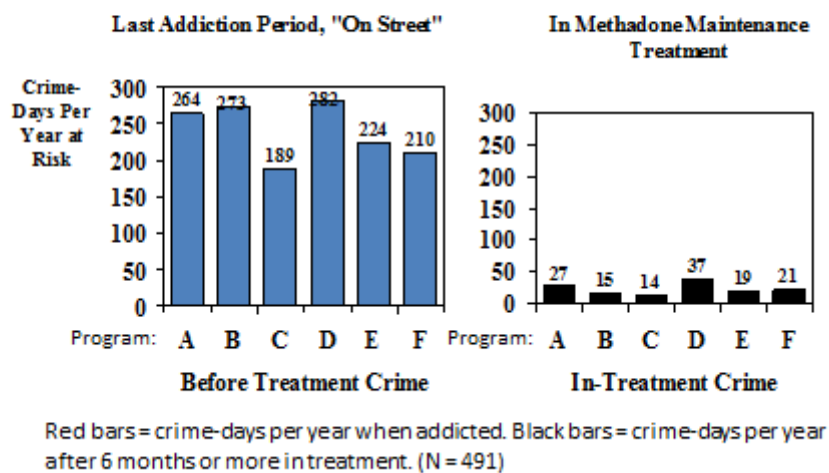
<http://www.bt.no/nyheter/lokalt/--Ubegripelig-og-umoralsk-845193.html>



Figur 5. Løsning av by-problemet, ifølge Helge Waal i Aftenposten-kronikk i 2005.

CRIME BEFORE AND DURING MM TREATMENT AT 6 PROGRAMS

(Ball and Ross, 1991)



Figur 6. Nedgang i kriminalitet, før og under metadonbehandling, i 6 ulike programmer.

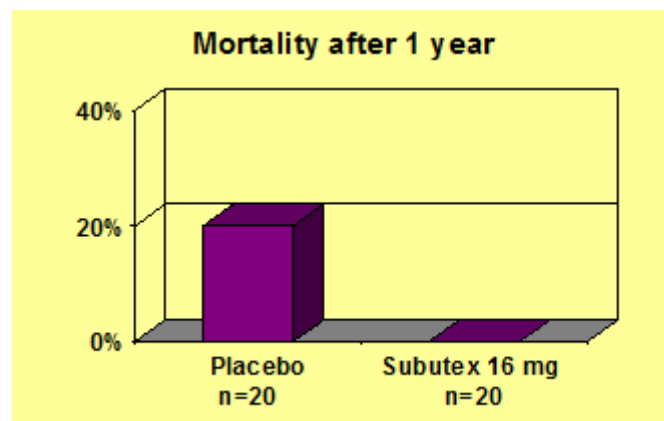
2.5 Forskning

Både i Norge og Sverige bekrefter nyere forskning på substitusjonsmedisin at dødeligheten er sterkt økt ved narremedisin. Det som muliggjorde forskningen var at deltakerne var rekruttert blant dem ikke oppfylte de strenge inntakskriteriene, dvs. at de fortsatt var i heroin-misbruket. All annen behandling ville være bedre enn dette, som å få narremedisin med psykososiale oppfølging som

eneste behandling. Forskning har vist opptil 20% dødelighet uten medisiner, mot ingen dødelighet i gruppen som fikk Subutex (Johan Kakko, Sverige), se figur under. Resultatene viste altså meget overbevisende at enkel medisiner med Subutex redder mange liv og at restriksjonene må være feil. Dessverre er det gjort lite for å markedsføre resultatene i Norge. LAR-forskriften og – retningslinjene har ikke tatt denne forskningen på alvor og sementerer dessverre den tradisjonelle, restriktive LAR-tenkningen.

Mortality without treatment

In Sweden :
Without treatment : 20% death after 1 year
With buprenorphine : 0 % death after 1 year
(Johan Kakko, The Lancet, February 2003)



Figur 7

2.6 Kostnader

Norge har verdens dyreste behandling for heroinavhengige. Ekspertutvalget som utarbeidet de nye LAR-retningslinjene fikk i september følgende rapport fra PricewaterhouseCoopers: “Økonomiske konsekvenser av nye retningslinjer for LAR”. I tabell 2 på side 18 er det beregnet daværende kostnad for en LAR-pasient – kr. 280.000 /år. Ved de nye retningslinjene varierer anslaget mellom kr 288.000 og 533.000., der de kommunale utgiftene utgjør 60%, resten i spesialisthelsetjenesten. Med en kostnad på kr 1.000,- /døgn ligger vi langt over lavterskelbehandling, f.eks i Belgia, der visepresidenten i Europad, Marc Reisinger oppgir en kostnad på ca kr 50,- /døgn. De har attpåtil langt lavere overdosedødelighet og langt flere i arbeid.

3. AVVENNING FRA OPIATER ER ET SJANSESPILL

LAR-forskriften og –retningslinjene legger opp til at heroinavvenning vanligvis skal forsøkes før medikamentell substitusjonsbehandling. Forsvinnende få avvennes på denne måten.

Norge har tradisjon med forsøk på å avvenne rusavhengige på institusjoner. Heroinavhengige utsettes faktisk for en stor fare etter slike opphold, som gjør at vi må tenkte helt nytt omkring institusjonsopphold. Man tåler ikke lenger den tidligere dosen, men får overdose-død av denne. Norske forskere har funnet at denne faren er økt med nesten 16 ganger de fire første ukene etter utskrivning, i forhold til før innleggelsen. Etter fengselsopphold er det økt 10 ganger de første to ukene. Rapporten ble presentert av Sirius (Statens institutt for rusmiddelforskning) i februar i år. Det er underlig at disse resultatene, som må ha vært kjent lenge for forskerne, ikke har hatt innvirkning på LAR-retningslinjen om at institusjonsbehandling som regel skal forsøkes før medikament-oppstart i LAR. En av de to forskerne som har funnet denne overdødeligheten satt også i utvalget som utarbeidet de nye LAR-retningslinjene.

<http://www.sirus.no/Mortality+among+drug+users+after+discharge+from+inpatient+treatment.d25-SMJrKZx.ips>

Ikke-medikamentell behandling gir sjelden varig rusfrihet, dersom pasienten ikke er spesielt motivert for dette. Når det snakkes om at en rusavhengig endelig er “motivert for behandling” er det som regel fordi man trenger en pause fra “kjøret”. De aller fleste drømmer nok om å bli fri fra opiatene, men vet innerst inne at de i første omgang trenger erstatningsmedisiner. De sier likevel ikke nei til institusjonsplass for å få et pusterom, når det er det som tilbys. Norges velmente system er at det i første omgang helst tilbys en dyr institusjonsplass. Mange har nok et visst utbytte av dette, og kan til og med greie seg fint uten medisinene i slike skjermete omgivelser. Etter oppholdet er de aller fleste tilbake i sitt vante miljø og tilbake på illegalt stoff, uansett om det snakkes mye om ettervern.

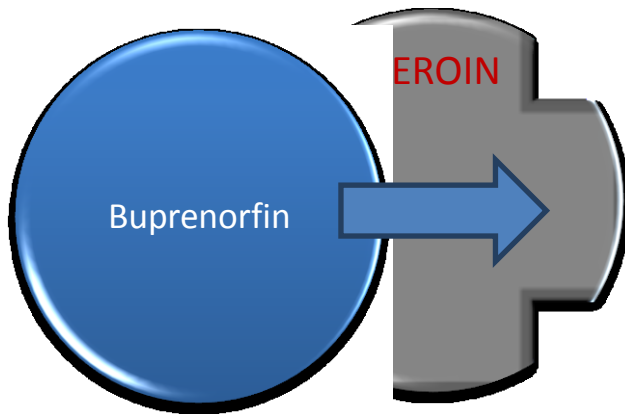
Konklusjonen må bli at kun dem som klart er motivert for avvenning, må kunne få det.

4. KONTROLL MÅ “DOSERES” FORSIKTIG

I de internasjonale anbefalingene om substitusjonsbehandling med buprenorfin/metadon er det fokus på god tilgjengelighet, mens kontroll-aspektet berøres i mindre grad. Norge ser kontroller som viktigere enn full dekning av medisiner. Buprenorfin og metadon er opiater med svært ulike virkemåte, som setter også ulike krav til kontroller. Metadon er langt mer giftig, i klasse med heroin. Buprenorfin (Subutex/Temgesic/Suboxone (som også inneholder “motgiften” naloxon)) har en viss innebygget beskyttende effekt mot overdoser, som gjør det til et langt tryggere preparat enn metadon.

Av internasjonal dødelighetsstatistikk kan det enkelt utledes at kontroller for buprenorfin ikke reduserer nyrekrutteringen og overdosedødsfall – heller tvert imot. Buprenorfin, både legalt og illegalt, fortrenge heroin på gateplan, slik at færre kommer borti det langt dødeligere heroin, som har en langt “bredre” rus-effekt. Noen i rusmiljøet som vil prøve opiater kan da “rekrutteres” på buprenorfin. Nettoeffekten blir likevel færre rekrutterte. Buprenorfin har vanlige bivirkninger som hodepine og kvalme for dem som ikke er avhengige av opiater. Buprenorfin viser seg å være en svært

trygg medisin, selv om den kjøpes på “gata” og injiseres. Illegal omsetning av buprenorfin regulerer seg selv, nesten utelukkende som abstinens-“medisin”. Dersom noen helt utenfor rusmiljøet skulle forsøke dette gir det ingen spesielt god rus, ofte med bivirkninger, svært lite dødelig og gir ikke avhengighet uten omfattende, gjentatt bruk.

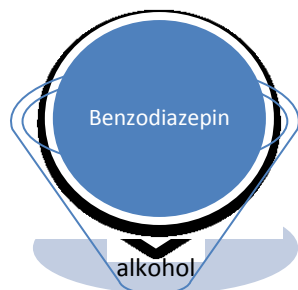


Figur 8. Buprenorfin, både legalt og illegalt omsatt, fortrenge heroin både på gateplan i hjernen. Dette gir faktisk mindre nyrekruttering, fordi det typisk er heroin som presses på nye brukere. Mindre heroin i samfunnet gir også mindre inntjening til alle bakkmenn og produsent. Afghanistan står for 92-93% av verdens heroin-produksjon.

Det interessante er at buprenorfin utøver sin virkning på gateplan. En rapport fra Frankrike viste at heroinbrukere som fikk tak i buprenorfin og gikk over til det, fikk det bedre og injiserte mindre. Illegalt omsatt buprenorfin bidrar til å redusere overdosetilfellene. Også i Sandefjord og Kristiansand har tilsvarende skjedd, ved god tilgang til buprenorfin, legalt og illegalt, slik at heroinomsetningen – og overdosene – gikk drastisk ned.

4.1 LAR's alkoholisering

I Finland bidro alkohol til å øke dødeligheten av buprenorfin. Også blant LAR-pasienter er det økt alkohol-bruk pga at LAR omtrent ikke tillater bruk av beroligende medisiner. Alkohol er rimeligere og forsvinner fort fra urinprøvene, slik at man faktisk kan få hente-ordning ved å gå over fra benzodiazepiner til alkohol. Alkohol som beroligende medisin er høyst uforenlig med rehabilitering. Med benzodiazepiner er det helt annerledes. Utover i rehabiliteringen klarer alle å trappe ned på bruken av benzodiazepiner, men det er vanlig å trenge en moderat vedlikeholdsdose for å føle seg avslappet, uten å være ute etter rus-effekt. Buprenorfin kan gi en viss uro, som dempes av benzodiazepiner.

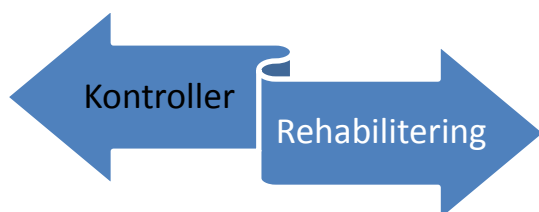


Figur 9. Alkohol er lett å ty til dersom ikke får tilstrekkelig beroligende medisin (benzodiazepin) mot angst og uro, en medisin som bør trappes ned svært langsomt.

4.2 Kontroll i fastlege-regi er tilstrekkelig

Det optimale er at alle som vil ut av heroinavhengigheten, kontakter sin fastlege som forskriver buprenorfin for å få det inn i en rehabiliterings-ramme. Motivasjonen for å oppsøke legen, er gjerne at man har prøvd det "på gata" og ser at det virker. Gate-prisen faller suksessivt ettersom stadig flere går til legen og kan få det gratis. Buprenorfin er ikke rekrutterende, selv ved lav gatepris. De som har fått prøve buprenorfin går sjelden tilbake til heroin, og prøver i det lengste å holde seg til det. De betaler flere hundre kroner for en Subutex-tablett for å holde heroinet på avstand.

Metadon trenger kontroller, spesielt når det er stor etterspørsel etter opiater. Det er også skummelt at en vanlig bruker-dose kan ta livet av 2-3 stykker som ikke er opiatavhengige. Det gis hente-ordning for metadon ved rene urinprøver over en viss tid. Rene urinprøver er ingen garanti mot at noe av det blir illegalt omsatt. Sist høst var det igjen fokus på alle metadon-dødsfallene. Løsningen på dette er å forskrive metadon til færre, ikke generelt å øke kontrollene for metadon og buprenorfin. I Frankrike får nå kun 15% metadon, 85% Subutex.



Figur 10. Kontroll virker lett negativt på rehabiliteringen

Det er lett å skjønne hvordan kontroll, både av medisin-inntaket og urinprøver legger beslag på store personell- /økonomiske ressurser og tar tid for brukeren, som heller skulle være brukt på rehabilitering. Hjemmetjenesten belastes også mye; for dem som ikke greier å komme seg til apotek, og i helger. En viktig fare med kontroll-basert behandling er det omtalte "by-problemet". Dersom man stadig må reise mot sentrum for å kontrolleres, øker sjansen for å tilbringe dagen i "miljøet". Å kunne innta sine medisiner på egen hånd altså optimalt. Dette gir også bevegelsesfrihet.

Urinprøver kan ha en funksjon, men ikke for å miste medisiner. Det kan være brukerens eget ønske om å vise rene prøver, at man har greid det! Det er naturlig å basere førerkort og omsorg for barn på rene urinprøver.



Figur 11. I motsetning til kontroller og sanksjoner, virker støttende behandling positivt på rehabiliteringen

Ved å behandle narkomane som vanlige pasienter, med åpenhet og tillit, blir alt lettere. Rehabilitering må lirkes til, ikke presses på.

Et siste alvorlig punkt ved tung fokus på kontroll er kapasitets-begrensning til å inkludere nye pasienter i LAR.

5. STOLTENBERG-RAPPORTEN

I Stoltenberg-rapporten er det tre hovedpunkter det kan være dissens om:

- 1) Forslaget om MO-sentre, der intensjonen er tilbud om strakstiltak for den enkelte pasient som oppsøker fastlege eller legevakt.
- 2) Heroin-støttet behandling.
- 3) Behandling/rehabilitering fremfor straff (Portugal-modellen).

5.1 MO-sentre

Jeg vil ikke konsentrere meg om enkeltdetaljer i rapporten, men om intensjonen i punkt 1, om straks-tiltak. Dette er fullt gjennomførbart ved en mindre omlegging av eksisterende ressurser, uten å øke kostnadene. Dette vil jeg fremlegge i kapittel 6.

Komiteen innehar ikke medisinsk kompetanse og vurderer heller ikke ressursbruk, som er en forutsetning for helhetlig behandling. Jeg ser bare én organisasjonsmodell som ivaretar MO-intensjonene – en integreert spesialisthelsetjeneste rus/psykiatri.

Med henvisning fra fastlege eller legevakslege tar psykiatrien i dag imot pasienter for direkte innleggelse når de er til fare for seg selv eller andre. Ruspasienter blir dessverre oftest ikke tatt imot på dette grunnlaget, selv om de absolutt er til fare for seg selv. Hjelpeapparatet står i dag med få virkemidler, kanskje en korttids-seng på en rusakutt. Problemet løses ikke ved dette. Det må kunne tilbys oppstart med erstatningsmedisin (buprenorfin) samme døgn, slik at fastlegen overtar behandlingen. Alternativet er snarlig innleggelse på institusjon dersom pasienten tydelig viser motivasjon for det eller opplagt trenger det.

Det normale bør selvsagt være at fastlegen oppsøkes på dagtid og uten unødig forsinkelse, starter opp medisiner. Når som helst i forløpet kan pasienten ønske seg nedtrapping av medisinen, noe fastlegen lett kan legge til rette for. Det er mulig å gjøre dette langsomt i regi av fastlegen, men vanligst er institusjonsopphold, med rask nedtrapping.

5.2 Heroin-støttet behandling

Dette mener jeg det er for tidlig å satse på, fordi en omlegging av behandlingen vil gi langt mindre behov for dette. Ønsket om heroin kan være basert på dårlige erfaringer med LAR. Det er også mulig å prøve ut andre medikamenter og administrasjonsformer, som f.eks Fentanyl-plaster som kan skiftes av helsepersonell hvert 3.døgn.

5.3 Behandling for straff, som i Portugal

Dette støtter jeg uforbeholdent. Det er flere land som langt på vei tar narkomane i behandling fremfor å fengsle dem, når de blir tatt kun med doser til eget bruk. Ifølge figur 2 ble overdosene i Portugal halvert to år etter innføringen av lovendringen i 2001, til 15 pr. million innbyggere. I Norge lå overdosene fire ganger så høyt i 2002. Forsker Einar Ødegård ved Statens institutt for rusmiddelforskning skriver i april:

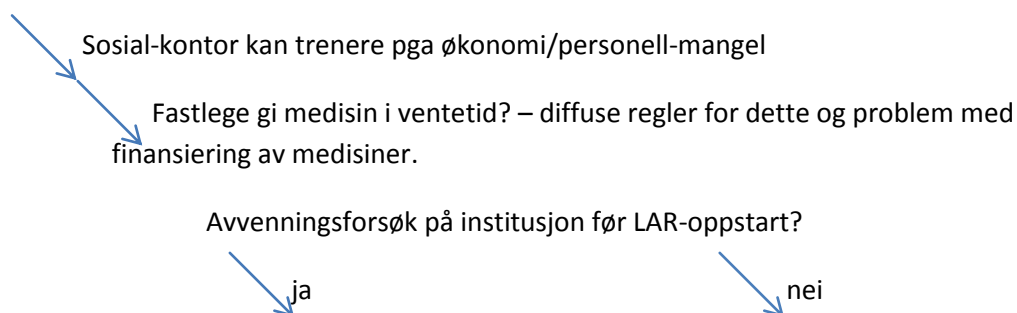
“Etter disse årene (2001/2002) synes det som om antallet narkotika-dødsfall til en viss grad har stabilisert seg på et nivå av ca. 250 pr. år”.

Fengsel virker generelt ikke rehabiliterende, også med fare for å pådra seg farlige infeksjoner pga. uren sprøytebruk – og det er økt fare for overdose etter endt soning.

6. FORSLAG TIL NY BEHANDLINGSMODELL

6.1 Svake punkter i LAR

LAR-søknad av fastlege og sosialkontor i samarbeid



Fare for overdosedød økt x16 de fire første ukene etterpå

Før LAR-oppstart: Oppnå ren urinprøve?

Ansvarsgrupper/Individuell plan

Kontroll/ henteordninger

Forskrive benzodiazepiner mot angst/uro?

ja

langsom nedtrapping
til ev. vedlikeholdsdose

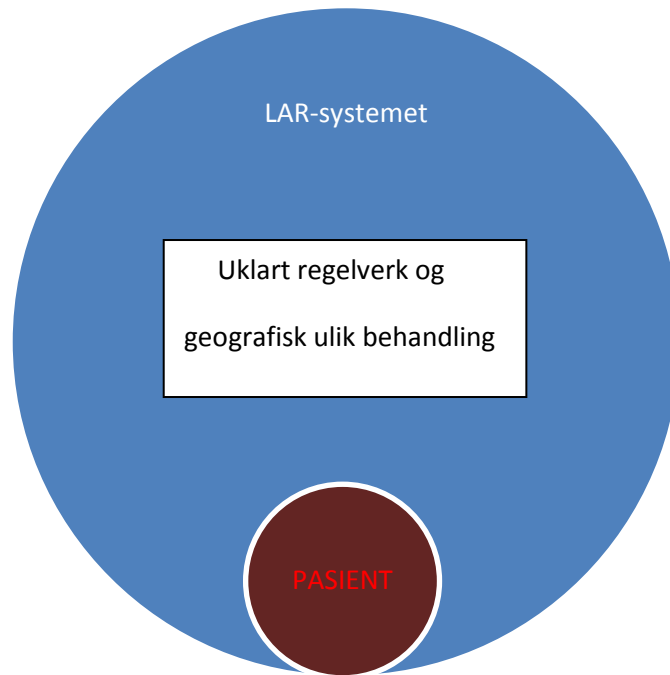
nei

ofte alkohol-overforbruk

Eksklusjon, men hvordan re-inkluderes?

Forsøke avvenning? – men noe komplisert å komme inn igjen, dersom forsøket mislykkes

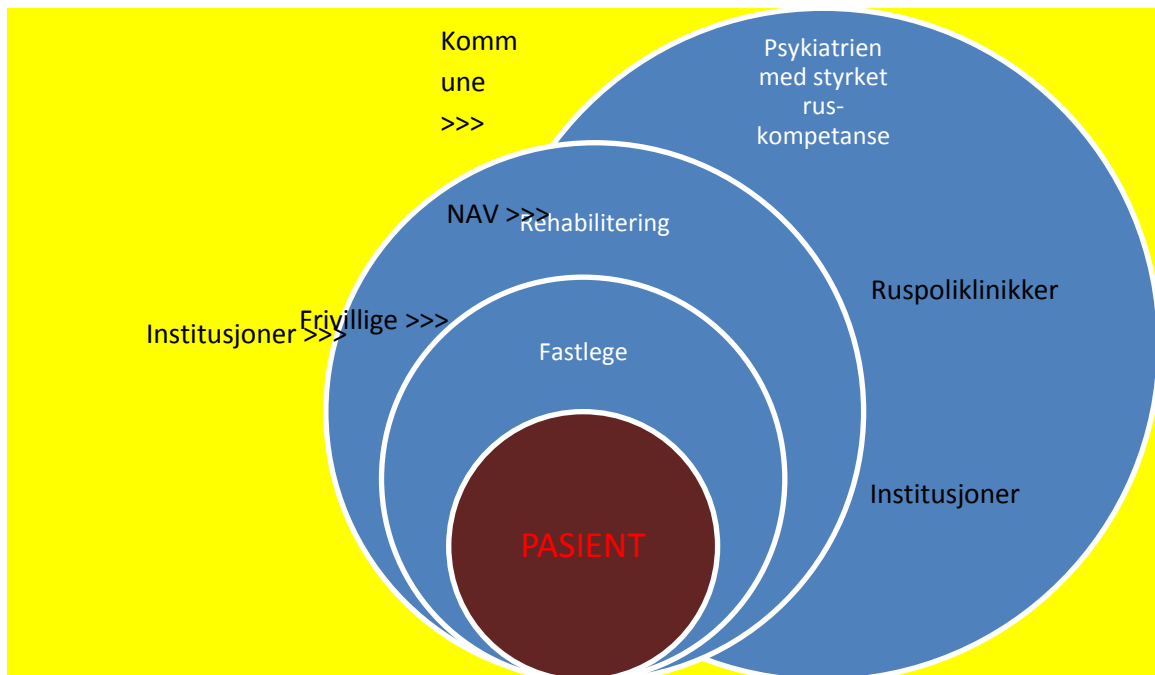
LAR-modellen kan oppsummeres slik:



Figur 12. LAR-systemet som overstyrer behandlingen av heroinavhengige

6.2 Forslag: Integrer LAR i psykiatrien og gi fastlegen behandlingsansvaret!

LAR er organisatorisk selvstendig, men ligger nær opptil psykiatrien. LAR har heller ingen spesiell kompetanse innen rehabilitering. LAR-institusjonene brukes mest til medisinske vurderinger og avrusingsforsøk. Der fastlegene får det fulle ansvaret for behandling og oppfølging av pasientene, vil LAR-ordningen og LAR-sentrene ha utspilt sin rolle. Det er da naturlig å integrere LAR i psykiatrien. Disse fagområdene griper så sterkt inn i hverandre at pasientene ikke vil falle mellom "rus"- og "psykiatri"-stolene, som nå. Det ville bli én instans å henvise til, som disponerer lokale rus-poliklinikker og mer sentrale institusjoner for innleggelse.



Figur 13. Ny behandlingsmodell av heroinavhengige pasienter

I mitt forslag til ny ruspolitikk vil jeg likestille behandlingen av heroinavhengige med alle andre pasienter, ved at fastlegen har det fulle og hele ansvaret for behandling/rehabilitering helt fra starten av. De aller fleste av pasientene er enkle å stabilisere medikamentelt ved et trygt lege-/pasientforhold. Relativt få trenger henvisning videre for utredning og behandling av psykisk lidelse.

Ifølge privatpraktiserende psykiater Marc Reisinger, Brussel, som var rådgiver for Frankrike ved innføring av Subutex i 1996, regner han at 80% av disse pasientene kan behandles hos fastlegen, mens 20% kan få bedre utbytte ved en lokal rus-poliklinikk med variert personell: allmennlege, psykiater/psykolog, sosialarbeider, sykepleier. Pasientene bør selv få velge hvor de vil behandles. Men – de relativt få som trenger metadon-behandling bør nok henvises hit. Av egen erfaring vet jeg hvordan frivillige organisasjoner også kan bidra uvurderlig i rehabiliteringen på lokalplanet.

Det arbeides med å opprette en spesialitet innen rusbehandling. Finland har opprettet en subspesialitet innen rusbehandling, særlig myntet på allmennleger og psykiatere.

6.3 Fastlegen

Vestlige land har noe ulik måte å organisere substitusjonsbehandlingen på. Enklest mulig tilgang til substitusjonsmedisinen buprenorfin (Subutex/Suboxone) synes å gi best resultater. Behandling i allmennpraksis (ev. også hos privatpraktiserende psykiater) synes å være optimalt. Det har foregått i Belgia (Vallonia+Brussel) siden 1994, i Frankrike siden 1996, Nederland, Storbritannia, Sveits, Slovenia, Østerrike, Tyskland, Finland og Kroatia.

1. Det er enkelt å påvise heroinavhengighet.
2. Buprenorfin er et klart førstevalg, og det trengs ingen spesialkompetanse for å avgjøre hvem som trenger buprenorfin kontra metadon.
3. Det trengs ikke avrusing på institusjon for å starte opp med buprenorfin.
4. Det er viktig å starte medisinerer umiddelbart, for dem som skal ha det; så kommer rehabiliteringen raskere.
5. Fastlegen kan arrangere overvåket inntak ved behov for det, særlig ved apotek.
6. Ved behandling av gravide kan lavdose buprenorfin brukes (Temgesic), dosert 3-4 ganger daglig, med 1/5 av døgndosen, som gir langt lavere nivå av buprenorfin i kroppen.

6.4 Forslag til nytt behandlings-løp

Pasient henvender seg til fastlege eller legevakt: Bli tatt hånd om samme døgn, og få valg om type behandling:

Sterkt motivert for innleggelse, for medikamentfri behandling?

nei/vet ikke

ja (gjelder et lite mindretall)

Legg inn, helst uten ventetid

Starte substitusjonsbehandling, da også skal få velge medisin.

Må når som helst kunne søke innleggelse for medikamentfri behandling eller starte nedtrapping av medisinene – lykkes i avvenningen?

nei

Ja!

Umiddelbart tilbake til medisinerer.

Skal i hele forløpet ha tilbud om bredere behandling innen psykiatrien (lokal rus-poliklinikk/institusjon).

Dersom avhengig av benzodiazepiner (beroligende medisiner) må kunne få dette i langsomt nedtrappende doser, til ev. en liten/moderat vedlikeholdsdose.

Innskrenk kontroller av buprenorfin; metadon-kontroller etter avtale med rus-poliklinikken.

Fastlegene må stimuleres til å behandle heroinavhengige pasienter. Frankrike gjør det ved at behandlingen blir betalt av staten, både konsultasjonene og Subutex. Vi kan i tillegg stimulere ved å øke behandlingstakstene. Frikort fra 1.januar er en selvfølge! God faglig oppdatering må selvsagt tilbys. Fordi hovedfokuset må være på rehabilitering, må dette prioriteres fremfor omfattende kontroll av medisin-inntak og urin. I Frankrike er det vanlig å få med seg medisin hjem for en uke av gangen, og resepten gjelder for 4 uker. Det viktigste i behandlingen er individuell tilnærming og koordinert oppfølging. Når fastlegen har ansvaret, er det ikke lenger behov for "Individuell plan" (IP). Dagens "Ansvarsgruppe-møter" har ikke vist seg å styrke rehabiliteringen, i hvert fall ikke dersom de har preg av forhør utfra urene urinprøver.

Når abstinenser og uro er brakt under kontroll, må det legges et rehabiliteringsløp. Dagsverk bør tilbys, samt arbeidstrening og utdanning i størst mulig grad.

Norske fastleger viser i utgangspunktet ikke spesiell interesse for å påta seg ansvaret for denne pasientgruppen. Det er noe som må bestemmes fra høyere hold, og legges til rette for, slik at denne jobben oppleves som spennende og meningsfull. I Kroatia er minst 50% av allmennlegene engasjert i denne behandlingen (jf "Heroin Addiction and Related Clinical Problems", Juni 2010, side 25-27):

<http://www.europad.org/journal/2010/lvancic%2012%282%292010.pdf>

Martin Haraldsen