

«Hvordan gjør vi det i praksis?»

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING AV OPIATMISBRUKERE

AV IVAR SKEIE

Jeg har i en artikkelserie i Utposten fra ulike vinkler belyst og drøftet hvordan og hvorfor rusmedisin er kommet for å bli som en del av allmennlegens hverdag.^{1,2,3,4} Jeg vil nå i den femte og siste artikkelen se på hvordan legemiddelassistert rehabilitering av «tunge» opiatmisbrukere (LAR) gjennomføres i praksis – med spesiell vekt på allmennlegenes rolle. Gjennomgangen må nødvendigvis bli ganske kort og skjematisk, men jeg vil dels sveipe innom en del av de sentrale temaene av mer praktisk art, og dels sette lys på en del av de vanskelige og konfliktfylte spørsmål som med nødvendighet vil møte oss når vi begir oss inn i dette fagfeltet.

Substitusjonsbehandling med opioider ved opiatavhengighet har vært omstridt internasjonalt og i Norge. På 70- og 80-tallet var det massiv motstand mot dette i Norge, og denne avvisningslinja hadde brei faglig og politisk oppslutning. «Det narkotikafrie samfunnet» var målet for behandlingen av stoffmisbrukere. Samtidig spilte legene og det medisinske apparatet en underordnet rolle i rusomsorgen. I en del andre land eksperimenterte man imidlertid i større grad med metadonbehandling av opiatavhengige, med noe varierende suksess. Tidlig på 90-tallet begynte man å revurdere denne holdningen her til lands, og man begynte med små prosjekter rettet mot HIV-smittede heroinmisbrukere. Disse forsøkene ble etter hvert utvidet også til heroinav-

1 Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen, Ivar Skeie – Utposten 1/2003

2 Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer,

Ivar Skeie – Utposten 3/2003

3 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse, Ivar Skeie – Utposten 5/2003

4 «Hvorfor er de så vanskelige?» – stoffmisbrukeren som pasient hos fastlegen, Ivar Skeie – Utposten 7/2003

Opioid: Alle stoff som binder seg til opioidreseptorene

Opiat: Stoff utvunnet av opiumsvalmuen (undergruppe av opioidene)

Opioidreseptorene: Fins i sentralnervesystemet og organer for autonome reaksjoner

hengige uten HIV-smitte og ble oppsummert som positive, og fra 1998 ble LAR innført som et landsdekkende og generelt tiltak innenfor behandlingen av «tunge» heroinmisbrukere. Med «tunge» mente man at LAR-pasienten skulle ha en lang ruskarriere, minst 10 år med opiatdominert misbruk, hun skulle være over 30 år og hun skulle ha gjennomført medikamentfri behandling i betydelig utstrekning. Etter hvert har disse inntakskriteriene blitt lempet noe på, aldersgrensa er satt til 25 år, varigheten av det opiatdominerte misbruket er satt til fem år og hun skal ha gjennomført medikamentfri behandling i «rimelig» grad, dessuten kan man fravike disse kriteriene hvis særskilte forhold tilsier det. Og i dag behandles over 2000 av landets 10–15 000 heroinbrukere med substitusjonsmedisin.

Hva er målet og hva kan man oppnå med LAR?

Er metadon og høydose buprenorfin (Subutex) vidundermidler som «helbreder» den narkomane og gjør henne «normal»? Selvsagt er det ikke så enkelt, men disse medikamentene kan hjelpe mange av de heroinavhengige til å oppnå et utgangspunkt for en mer helhetlig rehabilitering og kan hjelpe andre til å få et noe mindre elendig og noe mer verdig liv.

Det kan virke **selvmotsigende** å behandle opiatavhengighet med å gi et opioid, å behandle den narkomane med narkotika. Men det er likevel rasjonell og «god» medisin. Poenget er at et vedvarende hyppig misbruk av opiater fører til en varig forstyrrelse i kroppens eget opioidsystem (endorfiner og enkefalinere) som medfører en psykisk ustabilitet, sårbarhet og nedstemthet som gjør normal psykisk og sosial fungering vanskelig. Denne forstyrrelsen fører til en varig dysfunksjon i det biokjemiske grunnlaget for hjernens «lyst- og belønningssystem». Startfasen i heroinbruken oppleves av heroinisten som meget sterkt lystbetont, men tilvenningen og behovet for doseøkning melder seg raskt. Den initiale «lystrusen» fortaper seg også ganske snart, og heroi-

Opioidavhengighet kan behandles prinsipielt på to måter:

Avholdsbehandling: Varig avhold fra opioider, evt. støttet med opioid-antagonist

Substitusjonsbehandling: Erstatning av heroin med annet, egnet opioid i kontrollert behandling

nisten må etter hvert bruke heroin for å prøve å fungere «normalt» og «bli frisk». Og etter hvert klarer hun heller ikke riktig å oppnå den «normale eller friske» tilstanden med heroin. Dessuten vil hun ikke klare å få til en jevn opioideffekt ved illegal heroinbruk, fordi hun stadig vil skifte mellom rus og abstinens, og stadig få såkalte «on-off-fenomen».

Denne opioidavhengigheten kan man behandlingmessig angripe på prinsipielt to måter. Den ene er avvenning og avhold fra opioider ved behandling etter sosialpedagogiske prinsipper og eventuelt medikamentelt støttet med opioid-antagonist. Den andre er substitusjon (erstatning) av heroinet med kontrollert inntak av alternative opioider, i praksis metadon eller høydose buprenorfin.

På molekylærnivået dreier dette seg om å mette kroppens opioidreseptorer. Ved inntak av substitusjonsmedikamentet tilstreber man å mette flest mulig av reseptorene for på den måten å stabilisere opioidsystemet. Ved illegal heroinbruk vil metningsgraden hele tida variere, og brukeren svinger mellom rus og abstinens, «on-off», derav ustabiliteten.

Avhold eller substitusjon?

Dette er ikke et «enten-eller». Alle kan være enige om at den beste behandling for en heroinavhengig vil være en behandling som fører til at hun kan leve et «godt» eller «best mulig» liv helt uavhengig av opiat eller annen medikasjon. Og en del oppnår faktisk det. De fleste av oss kjenner eller har i alle fall hørt om heroinmisbrukere som faktisk har klart det. Behandling i kollektiver, etter Sollia- eller Tyrilimodell, har faktisk ført til at en del har kommet ut av avhengigheten. Og en del har klart det på «egen hånd», eller gjennom terapi, gjennom en egen grunnleggende beslutning, og all ære til dem for det! Dette er også grunnen til at man i Norge har satt som krav at man i utgangspunktet skal ha prøvd medikamentfri (avhold) behandling i «rimelig» grad for å komme i betraktning for LAR. Hva «rimelig» grad bør bety i denne sammenhengen, skal jeg komme tilbake til.

Men de fleste av oss har også sett at mange, kanskje de fleste av heroinbrukerne, trass i massiv innsats fra behandlingsapparatet, og ofte også trass i iherdige egne forsøk, ikke klarer å oppnå et varig avhold fra heroin. De kan klare det for en

stund, det gjør de alle, men så faller de tilbake. De går ut og inn av institusjoner, klarer som regel stort sett å være uten heroin i institusjon, og i perioder også utenfor institusjon, men faller så tilbake. Og de havner i en vanskeligere og vanskeligere sosial og helsesmessig situasjon med kriminalitet og alvorlig oversykkelighet. Skal man være realistisk, må man innse at mange av heroinbrukerne ikke vil nå det «narkotikafrie samfunnet». Det kan man beklage politisk, noe de fleste vil gjøre, men hvis man av den grunn vil avskrive å gi denne gruppa en mulighet til behandling som kan gi dem et bedre liv, er man etter mitt syn på ville veier. Denne innsikten ligger til grunn for at det nå er brei faglig – og politisk – enighet i Norge om at LAR bør bli en mulighet for mange av de heroinbrukere som ikke kommer til målet med avholdsbehandling.

Hvem egner seg for LAR?

Best: «Reine» heroinister med lite personlighetspatologi

Vanskeligere: Blandingsmisbrukere med stort innslag av benzo og alkohol, og mer personlighetsavvik

Hvem skal prioriteres for LAR?

De med best «LAR-prognose» eller de mest «elendige» og sjuke?

Hvem egner seg for substitusjonsbehandling?

Ikke alle heroinbrukere egner seg like godt for LAR. Skjematisk kan man si at mest mulig «reine» opiatbrukere (ikke blandingsmisbruk med alkohol og piller) med minst mulig personlighetspatologi vil ha størst utbytte av substitusjon. Dessuten bør heroinbrukeren ha en «dyp» motivasjon for å slutte med ruslivet, hun bør føle seg ferdig med det og ønske å komme ut av det. Hvis man finsikter søkerne etter disse kriteriene, vil man få et relativt lite antall som egner seg for LAR, og det vil gå «bra» med dem med hensyn til generell rehabilitering og de vil ha lite sidemisbruk, og man vil kanskje kunne oppsummere at LAR-tiltaket har vært en suksess. Derfor er det etter mitt syn rimelig i noen grad å prioritere disse for LAR-behandling.

Men folk som kjenner stoffmiljøet, veit at disse «reine» heroinistene ikke er de vanligste. Den typiske heroinbrukeren i Norge bruker i tillegg til heroin piller (mest benzo, men også for eksempel Somadril), røyker mer eller mindre hasj, streifer kanskje innom sentralstimulerende stoffer (amfetamin, extasy, kokain) og bruker alkohol i en grad vi vil betegne som misbruk. De er typiske **blandingsmisbrukere**. Og i tillegg er de mer eller mindre personlighetsforstyrrede og vanskelige å ha med å gjøre. Disse egner seg dårligere for LAR enn de «reine» heroinistene, og de vil med stor sikkerhet gjøre det «dårligere» i LAR enn dem. Så hvis man vil ha et LAR-program med «lite» problemer, kan

man ekskludere disse i utgangspunktet. Men samtidig lever denne gruppa gjennomgående mer elendige liv enn de «reine» heroinistene, og for leger og andre helse- og sosialarbeidere som ser disse pasientene, er det vanskelig å snu ryggen til dem og nekte å vurdere dem i forhold til en behandling som faktisk kan gi dem et betydelig bedre liv. Men da må man også med åpne øyne ta med på kjøpet at det blir en god del «skurr» med dem i LAR-sammenheng.

Og hva med kravet om medikamentfri behandling i «rimelig» grad? Dette kravet kan få paradoksale følger. Det har vært mange tilfeller der misbrukere med lite institusjonsbehandling har søkt seg inn for å «bevise» at det ikke nytter, slik at de kan kvalifisere seg for LAR. Det kan neppe være gunstig for dem som faktisk satser på en medikamentfri behandling i de samme institusjonene. Derfor er kanskje den gruppa som aldri har klart å gjennomføre medikamentfri institusjonsbehandling i «rimelig» grad, trass i gjentatte forsøk fra hjelpeapparatet, minst like berettiget til LAR som de som har klart det. I dag kan de søke på unntakskriteriene, og dette «inntakskriteriet» bør gjøres mer nyansert enn det er nå.

Så derfor seiler vi i et opprørt farvann, der vi må **avveie ut-siktene til «vellykket» behandling med en «elendighetsvurdering»**. Dette er ikke lett, og det kan være ganske så konfliktfylt. Skal vi slavisk følge en søkerliste etter ansienitet i forhold til søkertidspunkt? Skal vi se bort fra ansienitet og bare tenke «redde liv» og prioritere der det «brenner mest»? Skal vi prioritere de «elendigste» foran dem med «best prognose»? Skal vi prioritere dem som selv eller via andre «skriker høyest» framfor de tilbaketrukne som lider i stillhet? De av oss som skal prioritere i LAR-køen, står under press fra ulike hold, fra søkerne, fra pårørende, fra andre som taler søkerens sak (for eksempel engasjerte fastleger). Det er helt naturlig og vel og bra, og i praksis må vi etter beste evne prøve å veie de ulike hensyn opp mot hverandre. Men det er samtidig klart at LAR-kapasiteten foreløpig er for liten.

Søknadsprosedyre – legens plass

Leger er som fagutøvere ofte pragmatiske og resultatorienterte. Man vurderer anamnese og klinikk, stiller diagnose og iverksetter adekvat behandling. Så «enkelt» er det ikke i LAR-sammenheng. LAR er ikke en behandling en lege selv kan starte som hun ønsker. LAR er i utgangspunktet lagt opp som en tverrfaglig behandling. Prosedyren er som følger: Søkeren søker overfor sosialetaten i kommunen, sosialetaten i samråd med fastlege eller annen lege vurderer om det er rett å prioritere pasienten, det vil si om søkeren fyller kriteriene for inntak i LAR. Det settes så opp en individuell plan (**tiltaksplan**) for rehabilitering som setter opp mål-

Søknadsprosedyre:

Pasienten søker overfor sosialtjenesten i kommunen.

Fastlegen kan ta initiativ overfor sosialtjenesten, og hun skal foreta en medisinsk vurdering og undersøkelse av søkeren

settinger på områder som bolig, økonomi, arbeid–utdanning–«meningsfulle ting å fylle dagen med», behandling av medisinske problemer (for eksempel tannsanering!). Det er sosialetatens ansvar å utarbeide denne planen sammen med søkeren. Planen må være realistisk, ikke alle kan sikte mot å komme i jobb, kanskje er det en fullgod målsetting for sosial rehabilitering å skulle bedre relasjonene til sine nærmeste i familien! Men det er et krav at alle som skal starte LAR skal ha en forsvarlig bolig, de skal ha en økonomi som «går rundt» uten kriminalitet og de skal ha en tiltaksplan, og det er sosialetatens ansvar å få dette på plass. I tillegg skal det foreligge en medisinsk vurdering av pasientens behov for LAR, vanligvis fra fastlegen. Når disse ting er på plass, sendes så søknaden til det såkalte Inntaksorganet for LAR på fylkesnivå, som kvalitetssikrer søknaden, som så forelegges for det regionale LAR-senteret som foretar den endelige inkludering i LAR.

Ansvarsgrupper – tverrfaglig samarbeid

Som en del av det forberedende arbeidet opprettes det også en **ansvarsgruppe** rundt pasienten. Der sitter pasienten i sentrum sammen med den ansvarlige oppfølger fra sosialetaten og LAR-forskrivende lege. I tillegg vil som oftest en representant fra annenlinjetjenesten på rusfeltet være med, dette er de tidligere fylkeskommunale rusmiddelteamene som nå går inn i helseforetakene. I tillegg kan andre trekkes inn i gruppa etter behov, dette kan være pårørende, Aetat, behandlingsinstitusjoner med mer. Rehabiliteringsarbeidet vil så dels foregå gjennom ansvarsgruppa og dels mellom LAR-pasienten og de enkelte i gruppa. Ansvarsgruppa møtes etter behov, i den første tida gjerne ca. hver sjetten uke, etter hvert sjeldnere hvis ting utvikler seg «bra», eventuelt oftere hvis situasjonen tilsier det. Legens ansvar vil være å følge opp det medisinske, vurdere dosering og virkning/bivirkning av substitusjonsmedikamentet og andre medisinske forhold etter behov, samt å delta i det generelle rehabiliteringsarbeidet gjennom individuell kontakt og i arbeidsgruppemøtene. Ansvar for forskrivning av substitusjonsmedikamentet er organisert på noe ulikt vis i ulike deler av

Ansvarsgrupper:

Pasienten i sentrum

Representant for sosialtjenesten, legen og behandler fra rusteamene i 2. linje deltar

landet. I mitt fylke, Oppland, er det utelukkende primærleger som forskriver fra dag en på en slags «lisens» fra regionsenteret i Oslo, i andre regioner er det leger ved regionsenteret som har en sentralisert forskrivning i startfasen før men etter hvert prøver å overføre forskrivningen til fastlegene.

Etter mitt syn bør dette arbeidet i hovedsak organiseres etter ansvarsgruppemodellen. Men dette er ikke problemfritt, og jeg har drøftet dette mer inngående i en tidligere artikkel (2), og går ikke nærmere inn på det her.

Metadon eller buprenorfin?

Metadon = opioid-agonist (drikkes i saftblanding, sterk avhengighet, farlig for folk utenfor LAR, omsettes som illegalt rusmiddel, kan ikke injiseres blandet i saft)

Buprenorfin høydose (Subutex, Suboxone) = opioid-agonist og partiell opioid-antagonist (tas som sublingvaltabletter, noe lettere å seponere, noe mindre fare for overdoser, omsettes som illegalt rusmiddel, kan injiseres (Subutex), egner seg best for unge).

Subutex eller metadon?

Som en del av det forberedende arbeidet skal man også vurdere hvilket substitusjonsmedikament som skal velges. Det er en forutsetning for å skrive ut disse medikamentene til dette formålet, at pasienten er inkludert i LAR. I Norge er det to medikamenter som er registrert for dette formålet, metadonmikstur utblandet i saft, og høydose buprenorfin som medikamentet Subutex som finnes i sublingvaltabletter. Metadon i saft kan ikke settes intravenøst pga sukkerholdigheten, mens Subutex kan løses og injiseres. Metadon er en rein opioid-agonist, det binder seg til reseptorene og gir opioidvirkning. Buprenorfin i høydosebehandling gir både en agonistvirkning, og en delvis opiatantagonist-virkning, det vil si at den utkonkurrerer andre opioider på reseptornivå og hindrer for eksempel heroin i å binde seg til reseptoren. Slik gir det en delvis beskyttelse mot overdoser og denne virkningen er mer uttalt enn for metadon. I tillegg finnes et høydose buprenorfinpreparat, Suboxone, som i tillegg inneholder naloksone (opiatantagonist) og som skal være vanskelig å injisere, og som det nå er mulig å få på registreringsfritak. Dette brukes i økende grad i stedet for Subutex på stabiliserte pasienter, fordi muligheten for misbruk blir mindre og pasienten kan gis større frihet til å ta med tablettene hjem. Nærmere informasjon om dette kan fås ved regionsentrene.

Valg av metadon eller buprenorfin har vært litt ulikt i forskjellige deler av landet, Oslo/Mario har brukt mest metadon, Bergen/Vestlandet mest Subutex. Effekten er stort sett den samme. Overdosefaren er kanskje noe større med metadon enn ved buprenorfin, og Subutex er mindre farlig som illegalt middel enn metadon. Subutex er kanskje et noe

lettere opioid som det er lettere å slutte med, metadon gir meget sterk avhengighet. Dersom man tenker en tidsbegrenset behandling, særlig hos yngre pasienter, kan det være riktig å foretrekke buprenorfin. Men for de fleste LAR-pasienter, planlegges LAR på ubestemt tid. Erfaringene internasjonalt med å trappe seg av metadon er ikke gode, bare et lite mindretall av dem om prøver, klarer seg uten opioider på lang sikt.

Rein medikamentell «avholdsbehandling» med bruk av opioidantagonist omtales ikke her, det brukes i mindre grad, men kan vurderes i enkelttilfeller. Det finnes langtidsvirkende antagonister som kan fås på registreringsfritak. Man bør, hvis slik behandling vurderes, kontakte regionsenteret for veiledning.

Start – opptrapping:

Buprenorfin: Fra 0,8–4 mg til 16 mg på 1 uke, vanlig vedlikeholdsdose er 16 mg

Metadon: Fra 20 til 80 mg over 3 uker, varierende vedlikeholdsdose.

Praktisk oppstart

Når pasienten er inkludert i LAR, startes behandlingen. Før medisineringsen starter, skal det gjennomføres en **legeundersøkelse med en serie blodprøver**, vanligvis ved fastlegen. Medisineringsen kan skje ambulant eller med pasienten innlagt i institusjon eller i fengsel. Som hovedregel skal pasienten **avruses** før start, det kreves negative urinprøver for opiater to påfølgende dager. I tillegg skal urinprøven være negativ på andre narkotika, eller det skal være fallende konsentrasjoner som tolkes som fravær av nye inntak. I unntakstilfeller kan pasienter startes uten full avrusning hvis det er umulig å få til avrusning eller hvis pasienten har vært i «ventebehandling» (mer om det siden) med annet opioid, men dette må gjøres av leger med erfaring i dette og under nødvendige sikkerhetstiltak. Det er prognostisk ugunstig om pasienten bruker benzodiazepiner ved oppstart, og det kan være risikabelt å starte substitusjon hvis man ikke kjenner pasientens toleranse for opioider, husk at både metadon og Subutex er meget potente og potensielt farlige legemidler som kan gi fatale overdoser ved feil bruk.

Metadon og Subutex trappes opp etter faste retningslinjer, for metadon fra 20 mg til 80 mg i løpet av tre uker, for Subutex fra 0,8–4 mg til 16 mg over en til to uker, jmf. veiledere fra Mario⁵. Man må ha en fortløpende, helst daglig klinisk vurdering av pasienten for å vurdere opptrappingshastighet og virkning/bivirkninger. Medikamentet må

⁵ <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=/MARIO>

også inntas på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte, dvs. at pasienten oppholder seg et sted der de i noen grad kan overvåkes den første timen etter inntak de første dagene.

Kontroll – legens rolle (behandler og kontrollør)

I den norske LAR-modellen legges det stor vekt på kontroll av pasienten i form av urinprøver. Dette er for å få oversikt over sidemisbruk og for å forsikre seg om at pasienten faktisk tar substitusjonsmedisinen. Dette vurderes som viktig for å vurdere effekten av behandlingen. Men det er viktig å ikke la denne kontrollen overskygge andre sider ved rehabiliteringen og arbeidet i ansvarsgruppa. Hvis disse møtene i hovedsak brukes til å «hakke på» «ureine» urinprøver, mens andre sider av rehabiliteringen blir underordnet, vil dette bli feil. Den kliniske vurderingen av hvordan det går med pasienten, som alle i ansvarsgruppa kan ta del i, bør være den viktigste målestokken. Og prinsippet bør i like stor grad være å oppmuntre og «forsterke» det positive som å slå ned på det negative. Det krever erfaring å utvikle den rette ballansen mellom kontroll og oppmuntring, mellom konfrontasjon og støtte, men det er her som i mange andre sammenhenger et godt prinsipp å «**ta utgangspunkt i det positive for å bekjempe det negative**». Ensidig kritikk og konfrontasjon kan være like feil som naiv ettergivenhet og prinsipløshet. Og målsettingen om å bedre pasientens liv må styre arbeidet i ansvarsgruppa.

Sidemisbruk

Målet er at LAR-pasienten skal slutte med bruk av andre rusmidler, og de LAR-pasientene som det går best med, klarer i hovedsak det. Og man må ha dette som et viktig, men ikke altoverskyggende tema i behandlingen. Sidemisbruk gjør at stabiliseringa ved substitusjonen blir dårligere enn den kunne bli, og betydelig bruk av andre rusmidler kan være direkte farlig og i verste fall dødelig. Etter retningslinjene kan også vedvarende omfattende sidemisbruk føre til eksklusjon fra LAR. Betydelig sidemisbruk er et tegn på at pasienten ikke har tatt et avgjørende brudd med ruslivet, og er slik en indikasjon på at rehabiliteringen ikke går etter forutsetningen. For en del kan en slik situasjon innebære et utgangspunkt for å korrigere kursen.

Sidemisbruk:

- Vanligst er benzodiazepiner og cannabis, men også alkohol er viktig.
- Bruk av disse stoffene gir rus, og påvirker omsetningen av substitusjonsmedikamentene, og vanskeliggjør den stabiliserende effekten av behandlingen.
- Sidemisbruk uttrykk for at pasienten ikke har brutt med «ruslivet».
- Minst mulig legal forskrivning av benzo, og **aldri** flunitrazepam.

Men en del klarer ikke fullt ut å etterfølge kravet om avhold fra andre rusmidler. De mest problematiske stoffene er etter min erfaring benzodiazepiner og alkohol. Vi har hos oss hatt lite bruk av opiat, slik at de aller fleste i all hovedsak har sluttet å injisere, og det er i seg selv en betydelig gevinst. Det er også lite amfetamin og andre sentralstimulerende stoffer.

Legeforskrivning av andre A- og B-preparater enn substitusjonsmedikamentet, skal i utgangspunktet ikke forekomme. I praksis får enkelte pasienter legalt forskrevet benzodiazepiner. Det bør i størst mulig grad unngås, men kan være nødvendig i unntakstilfelle. Slike tilfeller bør diskuteres med regionsenteret. Dersom man skal forskrive benzo, bør man velge en moderat dose oxasepam/Sobril, og husk: **ALDRI** flunitrazepam/Rohypnol!

Hvorvidt sidemisbruk skal føre til utskrivning fra LAR, bør etter mitt syn i hovedsak vurderes ut fra hva som er til pasientens beste. Hvis misbruket er så kaotisk at det er farlig for pasienten, hvis substitusjonsmedikamentet bare blir ett av flere stoffer i en uoversiktlig og farlig cocktail, kan det være rett å avslutte LAR, fordi det faktisk forverrer pasientens situasjon. Det samme kan være tilfellet hvis LAR ikke har ført til bedring i livskvaliteten. Men har pasienten fått et betydelig bedre liv, helhetlig vurdert, blir det for meg feil å ekskludere en pasient som straff for at han ikke gjør som «vi» sier.

Også visse andre brudd på behandlingskontrakten skal føre til utskrivning fra LAR. Det gjelder for eksempel videre salg av metadon/Subutex og vold og trusler mot personell i behandlingsapparatet. Her er det igjen sikkerhetsperspektivet som er det vesentlige, videre salg av slike potente narkotika medfører fare for potensielt dødelige overdoser for andre, og ved vold mot behandlere må behandlingsapparatets sikkerhet prioriteres.

«Ventebehandling»

En del heroinbrukere blir satt på såkalt «ventebehandling» i påvente av inntak i LAR. Som hovedregel er dette ikke tillatt etter gjeldende instruksjoner, men det finnes noen unntak. Helsetilsynets veileder «Vanedannende Legemidler, forskrivning og forsvarlighet – Helsetilsynet 2001 – IK-2755»⁶ beskriver disse forhold. Det finnes tre situasjoner der forskrivning av opioider kan anses som adekvat behandling.

Det dreier seg om:

- 1) Ved alvorlig psykiatrisk eller somatisk sykdom der opiat er antas å ha en gunstig effekt ved siden av adekvat medisinsk behandling for den somatiske eller psykiske lidelse. Det vil oftest gjelde i tilfeller der aktive heroinmisbrukere

⁶ <http://www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm>

«Ventebehandling»:

- Som tilleggsbehandling til adekvat medisinsk behandling ved alvorlig psykiatrisk eller somatisk lidelse
- Som ledd i nedtrappingsplan ved opiatmisbruk i inntil 3 mndr., kan forlenges for 3 mndr. om gangen inntil totalt 12 mndr.
- Som ventebehandling i påvente av LAR-oppstart for pasienter som er inkludert i LAR, inntil 3 mndr.

rammes av alvorlig sykdom og substitusjon i en periode anses nødvendig for å oppnå stabilisering slik at annen behandling kan gis, i eller utenfor sykehus (kap. 2.3.5). Eller det kan gjelde nødvendig smertelindring (kap. 2.3.1).

- 2) Som ledd i en nedtrappingsplan av opiatmisbruk (kap. 4.3.1). Det skal her legges en helt konkret plan for nedtrapping over inntil tre måneder, og dette vedtaket kan gjentas tre ganger, slik at nedtrappingsopplegget kan gå over i alt 12 måneder. Et slikt nedtrappingsopplegg bør som hovedregel skje innenfor en tverrfaglig ramme.
- 3) Pasienter som er godkjent for LAR, men der oppstart av ulike grunner trekker ut, kan «etter nærmere avtale med det regionale senteret og under dette senterets ansvar, unntaksvis få utskrevet egnet substitusjonsbehandling i en periode på inntil tre måneder. I løpet av denne tiden forventes det at hjelpeapparatet har klart å organisere den praktiske gjennomføringen av opplegget» (kap. 4.4.4).

Dersom leger iverksetter slike opplegg, bør det skje etter grundig vurdering, og evt. etter samråd med fagpersoner med erfaring fra slikt arbeid. Grundig dokumentasjon i journal er helt påkrevd.

Etter mitt syn bør man være relativt restriktiv i forhold til slik «ventebehandling.» Det skyldes at den ofte er vanskelig å administrere på en forsvarlig måte. De opioider som er mest aktuelle å bruke er Temgesic og Durogesic plaster. Man skal være klar over at begge disse medikamenter kan misbrukes. Man bør derfor tilstrebe stor grad av kontroll og være rimelig trygg på at man har en god og reell allianse med pasienten. Temgesic bør ideelt leveres ut som enkeltdoser, men dette kan ofte være umulig å få til i praksis, men hyppigst mulig utlevering bør tilstrebes. Durogesic plaster bør påsettes/skiftes

Honorering av legearbeid etter normaltariffen.

Konsultasjons- og besøkstakster og prøvetakster kan brukes på vanlig måte

Andre aktuelle takster:

- 615 (samtaletterapi)
- 616 (psykiatrisk henvisning)
- 612a (nødvendig samtale med pårørende)
- 618 (urinprøver under kontroll for LAR-pasienter)
- 14 (ansvarsgruppemøter)

hos lege/annet fagpersonell, og dersom det faller av, skal pasienten ta med det gamle plasteret når det nye skal settes på.

Dessuten må ikke «ventebehandling» bli et alternativ til LAR. Å bruke store ressurser, bl.a. fra sosialtjenesten, på å bygge opp «LAR-lignende» støtteapparat rundt slik behandling, stjeler ressurser fra LAR, og kan føre til at ventetida på LAR faktisk øker og det kan undergrave pasientens motivasjon for å komme i gang med LAR. Derfor bør man prioritere «full» LAR framfor «ventebehandling». Min holdning er at «ventebehandling» i hovedsak bør brukes på indikasjon (alvorlig somatisk/psykisk lidelse). Men det kan være rett å vurdere annerledes i tilfeller der kapasiteten i LAR er ufor-svarlig liten, og ventetida tilsvarende ufor-svarlig lang. Men da bør man sannsynligvis ikke bruke for mye ressurser til sosial-faglig oppfølging.

Konklusjon

Dette har vært en gjennomgang av «praktisk LAR». Mange spørsmål er behandlet relativt kortfattet og man vil møte mange utfordringer når man som lege går i gang. Det finnes god informasjon tilgjengelig på MARIOs hjemmeside (5), og man bør kontakte leger med erfaring, fortrinnsvis ved region-sentrene, når man står fast. Men man vil også oppleve at dette er svært spennende medisin. Og jeg føler meg sikker på at LAR er kommet for å bli som en naturlig del av fastlegenes arbeidsfelt.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**