

En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere



Kommentar
og debatt

I Norge er det i perioden 1998–2000 bygd ut et landsdekkende system for medikamentassistert rehabilitering med bruk av metadon og buprenorfin. Etter tre år er 1 074 personer i behandling.

Modellen innebærer et langsiktig samarbeid mellom sosialsenter og lege, hvor den stabiliserende effekten av medikamentene skal utnyttes til å bedre den enkeltes helse og sosiale funksjon. Fylkeskommunale spesialisttjenester er involvert. Regionale sentre har et overordnet ansvar.

I artikkelen beskrives utviklingen i landets fem helseregioner. Modellen er videreutviklet med ulik grad av desentralisering, i tråd med regionale og lokale forhold.

Erfaringene er i hovedsak gode, med sterk reduksjon i rusbruk, kriminalitet og mortalitet. Den tverrfaglige modellen ser ut til å skape gunstige relasjoner mellom de ansatte innen helsevesenet og sosialtjenesten. Legene beskriver at de opplever bedre samarbeid med rusmisbrukere.

Det er likevel flere ubesvarte spørsmål. Ett av dem er hvordan legerollen på dette området skal utformes på lengre sikt. Et annet er om behandlingsmålsettingen bør nyanseres i forhold til målsettingen om rehabilitering. Erfaringene peker mot at skadereduksjon også er et relevant resultatmål. Dette samsvarer ikke med offisielle retningslinjer.

I juni 1997 besluttet Stortinget at det skulle etableres et nasjonalt program for bruk av metadon i behandling av narkomane (1). Retningslinjene for behandlingen er fastsatt i et eget rundskriv (2). Kunnskapsgrunnlaget er beskrevet i en tidligere artikkel (3). Sosialministeren har nylig varslet at tilbudet skal bygges ut som en nødvendig helsetjeneste tillagt fastlegene i samarbeid med sosialtjenesten (4).

Behandlingsformen har noen spesielle trekk i forhold til andre behandlingsopp-

Helge Waal

helge.waal@psykiatri.uio.no

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer

Kirkeveien 166

0407 Oslo

og

Universitetet i Oslo

Aud L Krook

Gabrielle Welle-Strand

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo

Kirkeveien 166

0407 Oslo

Olav Espegren

Vest-Agder Klinikken

Bispegra 50c

4632 Kristiansand

Redar Hole

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim

Postboks 6808

7433 Trondheim

Kristin Bergstad Lazaridis

Aust-Agderklinikken

Klinkenberggaten 4B

4800 Arendal

Morten Sandvold

Sverre Moen

Trefylkesarbeidet

Storgaten 5

3018 Drammen

Thomas Høiset

Metadonklinikken

Nye Sandviksvei 84

5035 Bergen

gaver. For det første er det spesifisert at bruken av medikamentet skal samsvare med norsk rusmiddelpolitikk. Målsettingen skal ikke være skadereduksjon, men en helhetlig innsats for å bedre den enkeltes livsvilkår og situasjon. I tråd med dette er behandlingen utviklet som «metadonassistert rehabilitering». Medikamentbruken er ikke kurativ, men tar sikte på en funksjonsbedring som

Tabell 1 Oversikt over pasienter og ventelister i hele landet fra 1998 til 2000

	Helseregion														
	Øst			Sør			Vest			Midt- og Nord-Norge			Hele landet		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Nye i løpet av året	92	348	282	8	163	130	24	53	77	0	44	35	124	603	524
Avsluttet i løpet av året	21	71	91	0	5	47	1	11	22	0	1	9	22	88	169
I behandling 31.12. 2000	173	445	636	8	166	249	23	65	120	0	43	69	204	719	1 074
Venter	400	431	448	13	133	182	50	84	108	1	65	90	464	713	828

muliggjør psykososiale tiltak (2). For det andre kan en lege ikke selv beslutte å sette i gang behandling. Behandlingen skal godkjennes og følges opp av regionale sentre, som også dekker utgiftene til medikamentet. Den enkelte lege skal arbeide som del av et tverrfaglig team, og de medisinske vurderingene skal sees i sammenheng med psykososiale målsettinger.

Landsoversikt

De regionale sentrene ble etablert i løpet av 1998. Tabell 1 viser både at tilbudet i dag omfatter alle helseregioner og at det har vært en betydelig utvikling. I planleggingsfasen antok man at det var behov for 600 plasser. Tabellen viser at på tross av at mer enn 1 000 personer var under behandling ved årsskiftet

2000/2001, var ventelisten fortsatt lang, og den øker i alle regioner.

Tabell 2 er en fylkesvis oversikt for år 2000. Det var kommet pasienter i behandling i alle fylker, bortsett fra de to nordligste. Helseregion Sør og Øst har flest pasienter, særlig er det mange i Oslo og Akershus. Hordaland og Vest-Agder peker seg også ut med mer enn 80 pasienter, mens de fleste andre fylker har mellom 30 og 50 pasienter.

Modellen

Behandlingen er bygd opp etter en egen modell som skal sikre adekvat målgruppe og tverrfaglig tilnærming. Bare søkere som fyller spesielle kriterier kan tilbys behandling. Søkeren skal være minst 25 år, være dyptgående opioidavhengig til tross for behand-

ling i rimelig omfang og ha en mangeårig misbrukerkarriere. Når metadon er nødvendig for å gjennomføre behandling av livstruende sykdommer, gjelder særlige kriterier (2).

Den enkelte pasient skal søke gjennom sitt sosialsenter med en tiltaksplan som skisserer individuelle mål og nødvendige tiltak. Hvert fylke skal ha et inntaksorgan som kvalitetssikrer søknaden og sikrer nødvendig samarbeid med rustjenesten og annen spesialisttjeneste. Behandlingen bygger på samarbeid i førstelinjen mellom sosialsenter og lege, og opplegget må godkjennes av de regionale sentrene.

Inntaksbeslutningen har form av en kontrakt mellom pasient, kommunal tjeneste og regionsenter. Kontrakten skal sikre at pasienten og behandlerne arbeider etter tiltaksplanen, at kommunen følger opp med tiltak og at regionsenteret dekker medikamentkostnader og sikrer behandlingskvalitet.

Legen skal ikke bare ha vanlig medisinsk ansvar, men også delta i tilbakevendende tverrfaglige evalueringer av pasientens utvikling. Sosialfaglig instans har ansvaret for nettverksarbeid, rusmestringstiltak, psykososial rådgivning og opplæring. Legearbeidet skal samordnes med dette. Medikamentet skal inntas under tilsyn så lenge det er nødvendig, og utviklingen skal evalueres med urinprøver og andre mål for behandlingseffekt.

Regionsentrene

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, MARIO, er regionsenter i Helseregion Øst. MARIO er også nasjonalt kompetansesenter og behandlingssentrum for Oslo. I Helseregion Vest heter regionsenteret Metadonklinikken. Senteret er en av fire rusklinikker i Stiftelsen Bergensklinikene. I Helseregion Sør er det et annet system. Buskerud, Telemark og Vestfold har utviklet et «trefylkessamarbeid» med fylkesvise polikliniske «metadonteam». Aust- og Vest-Agder har opprettet spesialteam ved sine ruspoliklinikker. Disse samarbeider om MARIA, medikamentassistert rehabilitering i Agder-fylkene. Hele regionen har én felles regional inntakskomité. I de nordligste helseregionene er regionansvaret lagt til Senter

Tabell 2 Oversikt over pasienter og ventelister i 2000 fordelt på fylker og helseregioner

Fylke/helseregion	Nye pasienter i 2000	Avsluttet i 2000	I behandling per 31.12. 2000	Venteliste per 31.12. 2000
<i>Helseregion Øst</i>	282	91	636	448
Akershus	65	12	156	13
Hedmark	26	1	46	3
Oppland	23	4	34	9
Oslo	130	69	337	418
Østfold	38	5	63	5
<i>Helseregion Vest</i>	77	22	120	108
Hordaland	53	19	83	85
Sogn og Fjordane	3	1	3	3
Rogaland	21	2	34	20
<i>Helseregion Sør</i>	130	47	249	182
Aust-Agder	38	6	52	6
Vest-Agder	36	9	81	39
Buskerud	27	15	42	74
Telemark	19	5	46	25
Vestfold	10	12	28	38
<i>Helseregion Midt- og Nord-Norge</i>	35	9	69	90
Møre og Romsdal	5	1	12	9
Sør-Trøndelag	17	8	38	47
Nord-Trøndelag	2	0	5	5
Nordland	11	0	14	20
Troms	0	0	0	7
Finnmark	0	0	0	2
Hele landet	524	169	1 074	828

for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, MARIT. Dette er organisert som en spesialisert poliklinikk og har et overordnet ansvar i hele området. I 2001 skal det opprettes egne MAR-stillinger ved Nordlandsklinikken og ved Sosialmedisinske senter i Tromsø.

Regionale forskjeller

I Helseregion Øst er det fylkenes rustjeneste som utgjør inntaksorganene, enten ved en koordinator eller ved et eget team. MARIO har tverrfaglige kontaktgrupper og inntaksmøter i hvert fylke. I Helseregion Vest er det et sentralt inntaksteam med fylkeskommunal representasjon i Metadonklinikken. Rogaland har i tillegg en egen fylkeskommunal nemnd som vurderer søknadene før oversendelse til Metadonklinikkenes inntaksteam. I Helseregion Sør har modellen sterke fylkeskommunale trekk. De tre fylkesteamene i trefylkesamarbeidet har felles inntaksutvalg. Hvert fylke har sin egen rådgivende lege, engasjert på timebasis. I Agder-fylkene er myndigheten lagt til ruspoliklinikkene. Hele regionen har imidlertid ett samlet inntaksmøte. I Helseregion Midt- og Nord-Norge søkes det til fylkeskommunale inntaksteam, som kvalitetssikrer søknadene før de sluttbehandles i MARIT og deretter igjen legges frem til vedtak i en eksternt oppnevnt inntaksgruppe.

Beskrivelsen viser at selv om det er en sentralisert inntaksmyndighet i alle regioner, er denne ulikt utformet. Helseregion Sør har nærmest et frivillig fylkeskommunalt samarbeid, bygd opp rundt en statlig bevilgning. I de nordlige regionene er det sterke sentralisering, med endelig myndighet lagt til et eksternt organ. I denne regionen er det også sterkest faglig styring fra det regionale senteret.

Behandlingen er også lagt opp ulikt. Fellespreget er at avrusingen skjer i ulike fylkeskommunale institusjoner, mens rehabiliteringsarbeidet bygger på lokalt samarbeid i ansvarsgrupper og mulighetene i kommunene. Dette utformes imidlertid forskjellig. I noen fylker, som i trefylkesamarbeidet og i Helseregion Øst utenom Oslo, skjer forskrivning alltid fra lokale leger og utlevering i apotek, noen steder også fra hjemmetjenesten. I andre fylker står regionsenteret mer sentralt. Dette gjelder for eksempel Oslo, hvor senterets leger vanligvis har forskrivningen. Senteret har også utdeling av metadon i tre av fire avdelinger. I Helseregion Vest er også forskrivningen sentralisert til metadonklinikken, selv om det er en målsetting at primærlegene skal overta så snart dette er realistisk. MARIA arbeider etter en sentralisert modell med metadonteam ledet av overlegene ved klinikkene. Disse er også forskrivende leger. Tilbudet styres derfor fra fylkeskommunens spesialisttjeneste. Utdelingen av medikament skjer oftest ved ruspoliklinikkene. I Midt- og Nord-Norge er det sentralisert forskrivning av opioid fra

lege ved MARIT, mens primærlege har allmennhelseansvar. Ansvarer skal gradvis overføres til allmennlege, som etter tre år også skal overta forskrivning av opioid. De lokale ansvarsgrupper koordineres av «lokal hovedkontakt» fra sosialsenteret og «primærkontakt» fra MARIT. Ansatte ved MARIT deltar i utvalgte ansvarsgruppemøter og styrer behandlingen gjennom faste samarbeidsordninger.

En vellykket modell?

Forskrivning av avhengighetsskapende midler til misbrukere assosieres ofte med dårlig, eventuelt uetisk praksis. Mange leger frykter dessuten å komme i vanskelige situasjoner og under press. Medikamentet vil kunne komme på avveie. Det er også nærliggende å frykte at medikamentbruken fører til forlenget eller økt rusing. Den foreliggende modellen er bygd opp for å sikre at legen skal arbeide innen sammenheng hvor han eller hun er beskyttet mot de negative sidene. Behandlingen iverksettes etter en beslutning som legges et annet sted og som skal tas på spesifikke, aksepterte premisser. Legearbeidet skal kobles sammen med aktiv psykososial hjelpeinnsats. Tett oppfølging og ulike former for kontroll skal sikre at behandlingen avbrytes dersom den ikke gir ønsket effekt.

Det ser ikke ut til at disse hensynene har skapt en for tungvint modell, siden vi har fått en rask økning i antall pasienter. Modellen tilpasses forholdene i ulike fylker ved varierende grad av desentralisering. I de største byene har behandlingen vært knyttet opp mot egne behandlingssentre, som i varierende grad har daglig fremmøte av pasienter. MARIT har for eksempel hele tiden hatt utdeling i apotek. Det samme gjelder en av avdelingene i MARIO. I Agder-fylkene foregår behandlingen i fylkeskommunale rusinstitusjoner. Utdelingen av medikament foregår i sentrene i oppstarts- og stabiliseringsfasene, men senere også i apotek. I fylkene utenom Oslo i Helseregion Øst og i trefylkesamarbeidet baseres behandlingen på forskrivning fra allmennleger og utdeling i apotek eller hjemmetjeneste. Det har delvis vært skepsis blant allmennlegene, men det ser ut til at det er en økende positiv holdning de fleste steder. Utviklingen i Oslo og Bergen går også mot større vekt på primærleger og desentralisert utdeling. Det har vært uklart om normaltariffen omfatter deltakelse i ansvarsgruppemøter og oppfølging av urin-kontroller. Slik usikkerhet har skapt betydelige vansker.

Utviklingen i Bærum har noen spesielle trekk. Her har kommuneoverlegen tatt et særlig aktivt ansvar for å rekruttere leger og drive opplæring i forhold til førstelinjetjenesten. Sosialtjenesten har vært aktiv og initiativrik overfor pasientgruppen. Kommunen har dessuten vedtatt en egen kostnadsdekning, noe som har bidratt til at leger har funnet det attraktivt å delta i behandlingen.

Bærum har slik sett utviklet en sosialmedisinsk modell med nært samarbeid mellom kommuneoverlegen og sosialsentrene og aktiv oppfølging av legene. For øvrig arbeides det etter den samme tverrfaglige modellen og på de samme premissene som i landet for øvrig.

Tilbakemeldinger

Den tverrfaglige modellen er gjennomgående svært godt mottatt. Samtlige regionsentre rapporterer om økende aksept og om samarbeidsformer som utvikler seg positivt. Svært mange steder har man sett utvikling av et styrket samarbeid mellom helsetjenesten og sosialtjenesten.

Legenes erfaringer er innhentet fra inntaksteamene, gjennom erfaringsseminarer og i mer uformelle sammenhenger. Den vanlige tilbakemeldingen er at legene opplever arbeidet som interessant og mindre vanskelig enn mange hadde forventet. Pasientene viser seg ikke sjelden fra en ny side, og press om å få mer medikamenter er erstattet av reell drøfting av problemer og ønske om behandling for medisinske vansker. Flere har også oppdaget at samarbeidet med sosialsentrene kan være nyttig og gi inspirasjon i arbeidet med andre sosialmedisinske problemer. Men det er også leger som har funnet det kunstig at de skal innordne sine avgjørelser og sin forskrivning i et slikt samarbeid.

Hvordan utvikler pasientene seg?

Vedlikeholdsbehandling er ikke kurativ. Siktemålet er ikke å bryte avhengighetsreaksjonene, men å nøytralisere nevroadaptive forstyrrelser knyttet til langvarig påvirkning av opioider. De fleste må fortsette medikasjonen svært lenge, eventuelt livet ut. En svensk studie (5) viste at bare vel 5 % klarer å slutte med metadon uten å falle tilbake til misbruk. Denne andelen bør sees i lys av at det er streng seleksjon til behandlingen både i Sverige og Norge. Bare de som faller ut av annen behandling får tilbudet. Pasientene har i Norge en gjennomsnittsalder på mer enn 35 år og har oftest begynt sin ruskarriere i puberteten. Svært mange har brukt heroin i 15–25 år og har vanskeligheter på mange livsområder. Dette gjør det nødvendig å holde fast ved et langsiktig perspektiv.

Et vanlig kriterium på vellykket behandling er høy retensjon. Pasienten skal fortsette å ta sin medisin på en ordnet måte. Vi har ikke beregnet individuell retensjon, men tabell 1 viser at det 31.12. 1999 var 719 pasienter i behandling. I løpet av 2000 avsluttet 169 personer behandlingen, stort sett på grunn av utilstrekkelig effekt (flyttinger og dødsfall er ikke trukket fra). Enkelte av disse hadde begynt samme år. Andre hadde vært lang tid i behandling. Beregning av retensjon i forhold til tid i behandling er derfor vanskelig. Antallet som sluttet tilsvarer mindre enn 25 % av dem som var i behandling ved årsskiftet. Dette svarer grovt sett til en årlig retensjon på 75 %. Dette er gode resultater i

internasjonal sammenheng (6). En delforklaring er nok imidlertid at tilbudet er et «knapphetsgode». Dersom behandlingen ble lettere å få, kan retensjonen synke. Vi ser dessuten at antallet som utskrives fra behandlingen øker på grunn av utilstrekkelig behandlingseffekt. Dette bedømmes ved en helhetsbedømmelse av ikke-korrigerbart misbruk og grad av sosial funksjonsforbedring.

Retensjon er selvfølgelig ikke i seg selv et tilstrekkelig mål. Regionsentrene skal derfor også rapportere om grad av rusbruk, pasienttilfredshet og om grad av rehabilitering. Dette rapporteringssystemet er ikke ferdig utviklet. Det foreligger en evalueringsrapport for trefylkes samarbeidet (7) og en fra MARS, avdeling for rehabilitering ved alvorlig somatisk sykdom i MARIO (8). Disse rapportene og andre mer foreløpige vurderinger sier at flertallet av pasientene er svært positive til behandlingen og har sterkt redusert rusbruk. Dette gjelder spesielt bruken av opioider. Men det er også en betydelig andel som fortsatt bruker rusmidler, om enn i mindre grad, særlig benzodiazepiner og cannabis. Disse blir ikke utskrevet dersom en helhetsvurdering tilsier at de har nytte av behandlingen. Resultatene her varierer en del mellom sentrene, og disse forskjellene bør åpenbart evalueres.

Mortalitet og morbiditet

Det er vanlig å finne en årlig mortalitet på 2–3% i oppfølgingsstudier av misbrukere (9). Dette bekreftes av søkerlisten til MARIO. Vi har hatt tilgang til politiets navnelister over overdosedødsfall i Oslo og sammenliknet med søkerlisten. I 1998 døde 12 av 321 søkere i overdoser (3%), i 1999 åtte av 375 (2,1%) og i 2000 12 av 418 (2,9%). I 2000 var imidlertid 106 av pasientene med i et forskningsprosjekt med Subutex. Ingen av disse døde, og dette har redusert den samlede overdosedødeligheten på listen.

Alle regionsentrene har gått gjennom sine lister. Til sammen 1400 personer har vært eller er i behandling. Det opplyses at en pasient er død av ukjent årsak, med mistanke om hjerterytmeforstyrrelse. En pasient trappet bevisst ned medikasjonsnivået til et lavt nivå, og døde noe senere av en overdose som oppfattes som selvmord. I ett tilfelle skjedde en overdose under opptrapping før stabiliseringen kunne skje, og ett tilfelle av overdose fant sted under ufrivillig nedtrapping. To personer er døde i drukningsulykker. Øvrig mortalitet er knyttet til gruppens høye sykkelighet, særlig i form av immunsykdom og leverlidelser. Det kan derfor fastslås at overdosedødeligheten nesten blir borte under behandlingen. Etter en utskrivning øker den imidlertid igjen, antakelig til det samme nivået som vi har hatt på søkerlisten.

Kriminalitet

Kriminaliteten blant sprøytemisbrukere er høy. Forprosjektet i Oslo viste at det var lite

registrert kriminalitet under behandlingen (10). Egenrapportering viste dessuten en drastisk reduksjon (11). Vi har ikke systematiske data over kriminalitetsutviklingen i de ulike regionene, men klinisk gjennomgang av behandlernes kunnskaper peker i samme retning.

I Buskerud er det gjort en særskilt undersøkelse av politiets kjennskap til prosjektets pasienter. Av 27 personer var det bare tre (11%) som ikke hadde noen anmeldelser de siste tre år før oppstart. Gruppen hadde 739 anmeldelser på seg disse tre årene. Dette gir et gjennomsnitt på 27 anmeldelser per person over tre år. Ti av de 27 var kvinner, som oftere prostituerer seg og sjeldnere er aktivt kriminelle. Antallet viser derfor en ekstremt kriminalitetsbelastet gruppe. Etter oppstart i prosjektet var det 21 (78%) som overhodet ikke var anmeldt for noe forhold. Til sammen var det registrert 22 anmeldelser (0,8 per person). 16 av anmeldelsene gjaldt to personer. De resterende hadde 0,24 anmeldelser i gjennomsnitt. Tiden i behandling er kortere enn observasjonstiden før, men likevel er det riktig å fastslå at behandlingen har medført en vesentlig reduksjon i aktiv kriminell virksomhet.

Også i Vest-Agder har man detaljert oversikt over nye kriminelle handlinger blant pasientene. I løpet av første året i behandling er fem pasienter blitt anmeldt for nye forhold, i alt 21 saker, som er jevnt fordelt mellom tyveri og narkotikakriminalitet. 13 av sakene gjelder én person. Nedgangen i kriminalitet er dramatisk i forhold til kriminalitetsnivået før substitusjonsbehandlingen ble igangsatt.

Lekkasje

Et vanlig spørsmål gjelder salg eller annen viderefremdling av metadon. Tidvis har vi fått rapporter om slike forhold, og enkelte pasienter er også utskrevet på grunn av slike forhold. Den reelle frekvensen er trolig liten. Kripes har undersøkt forekomsten av metadon i alle beslag av narkotika. I år 2000 var det 24 beslag av metadon i hele landet. Av disse var 14 i Oslo. En del av beslagene ble gjort på bosted. Kontrollordningene vil vanligvis forhindre salg. Lekkasje kan likevel ikke helt forhindres, og ulykker kan skje ved at barn eller andre som ikke er tiltenkt, inntar metadonløsningen. Våren 2001 har vi fått melding om ett slik tilfelle. Det er altså grunn til å opprettholde en så god kontroll som mulig.

Mot flere og bedre metoder?

Behandlingsmodellen har inntil nylig vært kalt metadonassistert rehabilitering. I dag er også Subutex, høydosert buprenorfin, godkjent med denne indikasjonen. Metadonklinikken i Bergen, MARIA i Vest-Agder og MARIO i Oslo har hatt forsøk med Subutex. Resultatene fra disse prosjektene vil foreligge i løpet av 2001. Medikamentet er dessuten tatt i klinisk bruk i mer beskjeden grad utenom prosjektene. Erfaringene viser at

midlet kan brukes effektivt og at det har både fordeler og ulemper. Fordelene er knyttet til at buprenorfin er en partiell agonist og har lavere toksisitet og lindrigere abstinenssymptomer. Ulempene er knyttet til at midlet må gis som sublingvale solubletter. Solublettene er vannløselige og velegnet for sprøytebruk. Det er dessuten mer tungvint å observere inntaket av slike tablettene enn av en løsning som skal drikkes. Et annet alternativ er LAAM, levo-alpha-acetyl-metadon, en metadonliknende prodrug med særlig lang halveringstid. Rapporter om dødsfall knyttet til forlenget QT-tid maner til forsiktighet. I enkelte land har man valgt å prøve ut heroin som vedlikeholdsmiddel. Morfinsulfat og kodein har også vært brukt. Midlene har kortvarig virkning og må gis flere ganger daglig. De er derfor lite egnet. Flere typer medikamenter kan ventes. Forskriftene for bruk av medikamenter i denne behandlingen er derfor endret fra «metadonassistert» til «legemiddelassistert» rehabilitering.

Modellen legger vesentlig vekt på rehabiliteringsbegrepet. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasienten atføres til yrkeslivet, men alle skal ha målsettinger om bedret livskvalitet, bedret sosial funksjon og mestring. Disse forholdene setter sosialsektoren i sentrum.

Etter hvert som leger har kommet mer med i behandlingen, er ønskene om en større og mer selvstendig rolle for disse blitt tydeligere. Ikke alle kolleger finner det naturlig å arbeide i et tverrfaglig team. Det er dessuten noen pasienter som ikke har så stort rehabiliteringsbehov. I slike tilfeller kan kravet om primær vekt på sosialtjenesten og på rehabilitering bli opplevd som en hemsko.

Andre sider av behandlingen vil også måtte vurderes. Nesten alle får en bedre livssituasjon og bedret livskvalitet, også de som i varierende grad ruser seg. Man må også legge vekt på den sterkt reduserte overdosedødeligheten, siden dødsfall av overdoser er et økende problem i Norge. Samlet setter dette et søkelys på målene og valgene i medikamentassistert rehabilitering.

Erfaringene viser at det er grunnlag for å øke tilbudet om medikamentassistert rehabilitering i Norge. Med det er ikke sikkert at man bevarer de positive sidene av behandlingen om den overlates helt eller delvis til leger, særlig dersom det ikke stilles krav til spesiell kompetanse. Hvis kvaliteten synker, kan behandlingen forfalle til medikamenttildeling uten oppfølging, med usikre resultater. Det ser for tiden ut til å være et økende press for å øke inntaket, mens bevilgningene ikke følger med. Dette kan gi en utvikling ingen er tjent med.

Litteratur →

Det autonome nervesystem



Goldstein DS

The autonomic nervous system in health and disease

618 s, tab, ill. New York, NY: Marcel Dekker, 2001. Pris USD 195
ISBN 0-8247-0408-8

Dette er en ganske spesiell bok. Den er både «scholarly» og personlig. David Goldstein ved National Institute of Health har i mer enn 25 år arbeidet som forsker og kliniker med det han betegner som nevrokardiologi. Hans vitenskapelige syn illustreres av følgende sitat fra forordet: «The experience [of writing this book] has confirmed to me that science refines ignorance more than it eliminates it; that command of a subject requires awareness of what is not known more than understanding of what is known.»

Boken spenner vidt, men et hovedtema er en homøostatisk og integrerende tilnærming til det autonome nervesystems funksjon og dysfunksjon. Den inneholder også omfattende diskusjon av begrepene homøostase og stress. Forfatteren ønsker å introdusere nye begreper som er relevant for å forstå alt fra etiologi til behandling av nevrokardiologis-



ke sykdommer. Begrepene er ment å gi rammer for klinisk tenkning.

Boken er inndelt i ti kapitler. Første kapittel er en leseverdige historisk oversikt som vektlegger utvikling i forestillinger og begreper, men omtaler også pionerene innen utforskningen av det autonome nervesystemet. Videre følger i kapittel 2 en oversikt på rundt 150 sider over det autonome nervesystemets anatomi og fysiologi. Tredje kapittel behandler sentralnervøs regulering av autonom aktivitet, med særlig vekt på sirkulasjonen. Fjerde kapittel tar for seg stress, og drøfter blant annet nye måter å definere

stress på. De neste kapitlene drøfter konkret evaluering av pasienter med nevrokardiologiske sykdommer, katekolaminenes rolle i patologiske prosesser, og sykdommer hvor forstyrret katekolaminfunksjon spiller en primær rolle patofysiologisk eller etiologisk. Et kapittel tar for seg «mysterious and controversial entities in neurocardiology» – i grenselandet mellom kardiologi, nevro-

logi og psykiatri. I det avsluttende kapittel, Future trends, argumenterer forfatteren overbevisende for en integrerende forståelsesmodell av sykdom. Han advarer mot reduksjonistiske modeller, og trekker også inn evolusjonsperspektivet i sine drøftinger.

Boken er utstyrt med en omfattende indeks (som dessverre skjemmes av altfor mange oppslag for hvert ord – «Norepinephrine, release of» har for eksempel 63). Figurene er alle i svart-hvitt, de er informative, men ikke spesielt didaktiske. Hvert kapittel har en fyldig litteraturliste med originalartikler, bøker og oversikter frem til 1999.

Alt i alt er denne boken en rik kilde til oppdatert og pålitelig kunnskap om det autonome nervesystem i en klinisk sammenheng. Det er ikke en bok man leser fra perm til perm, men både klinikere og basalforskere vil kunne finne nyttig informasjon og stimulerende diskusjoner.

Per Brodal
Anatomisk institutt
Universitetet i Oslo

Oppdatert om lokal- og regionalanestesi

Rosenberg P, red

Local and regional anaesthesia

164 s, tab, ill. London: BMJ Books, 2000.
Pris GBP 25
ISBN 0-7279-1480-4

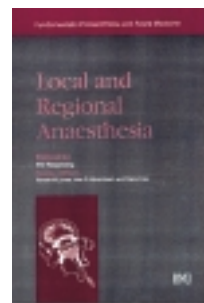
Denne boken inngår i en serie i anestesio- logi. I stedet for en stor tekstbok satser de engelske serieredaktørene på små, aktuelle bøker om avgrensede emner. Ambisjonen er ikke å gi detaljert beskrivelse av alle typer

nerveblokkade, men å gi en generell basis og spesielt ta opp aktuelle klinisk problemstillinger og kontroverser. Det er egne kapitler om lokal anestetikas farmakologi, toksisitet og komplikasjoner, om intravenøs regional anestesi, moderne teknikker, dagkirurgi, og obstetrisk anestesi.

Boken er heftet, noe større enn A5-format. Teksten er tett og visuelt litt tung, men greit oppdelt i avsnitt supplert med tabeller, strektegninger og enkelte svart-hvitt bilder. Positivt er en lang stikkordliste og fyldige referanselister etter hvert kapittel, godt oppdatert for 1999 og med enkelte referanser fra 2000.

Forfatterne, og ikke minst den finske redaktøren, er alle internasjonalt aktive og anerkjente klinikere, forskere og foredrags- holdere. Det er vanskelig å finne faktiske feil i boken. Spesielt kapitlene om komplikasjo- ner og kontroversielle emner er meget gode og fungerer som kortfattede, aktuelle over- siktsartikler.

Innvendinger som kan reises, går på visse skjvigheter i stoffutvalget. Noen blokadetek- nikker er veldig detaljert beskrevet, mens andre viktige blokader er nevnt i telegram- stil. Boken refererer en rekke motstridende studier og utøver i liten grad studiekritikk. Selv om forfatterne tar standpunkt i enkelte spørsmål, så vil en uerfaren leser kunne bli



noe forvirret og savne litt flere konkrete råd om anbefalt praksis. De få bildene virker gammelmodige og tilfeldig utvalgte, blant annet kunne store bilder av forskjellige nåletyper med fordel være byttet ut med flere anatomi-

skiske og tekniske illustrasjoner. Bokens målgruppe er heller ikke klart definert. For en nybegynner i anestesi-faget er basale teknikker, slik som epidural- og spinalanestesi for knapt beskrevet, samtidig som boken vil synes for tung og detaljert på andre felter.

Imidlertid er hovedinntrykket at dette er en meget godt oppdatert lærebok som utfyller basale tekstbøker for en lege under avslutning av sin anesthesiologiutdanning. Den erfarne kliniker vil finne en balansert og grundig oppdatering innen kontroversielle emner, som avgjort kan anbefales.

Johan C. Ræder
Anestesiavdelingen
Ullevål sykehus

→

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (1996–97). Narkotikapolitiken.
2. Forskrifter for legemiddelassistert rehabilite- ring. IK-35/2000. Rundskriv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
3. Waal H, Blix O, Krook A, Olsen H. Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 237–41.
4. Sosial- og helsedepartementet. Revidert nasjo- nalbudsjett 2001. Flere får legemiddelassistert re- habilitering. Pressemelding nr. 39, 11.5.2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
5. Eklund C. Withdrawal from methadone main- tenance treatment in Sweden. Doktoravhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1996.
6. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA Insights series 3. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union, 2000.
7. Flaaterud S. Brukerundersøkelse. Skien: Bor- gestadklinikken, 2000.
8. Birkevold C. Brukerevaluering av MARS. Metadonassistert rehabilitering av somatisk syke opiatavhengige. Oslo: MARIO, 1998.
9. WHO Substance Abuse Department. Opioid overdose. Trends. Risk factors, interventions and priorities for action. Genève: World Health Orga- nization, 1998.
10. Blix O, Bruvik S, Waal H. Metadonprosjektet i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 242–6.
11. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Sifa rapport nr. 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997. ○