

# Regelmessig forskrivning av A- og B-preparater til rusavhengige i allmennpraksis

**Bakgrunn.** Det er lange ventelister ved offentlige programmer for legemiddelassistert rehabilitering av rusavhengige pasienter. Statens helsetilsyn har gitt inntrykk av at regelmessig forskrivning av vanedannende medikamenter til rusavhengige ikke er i samsvar med lovverkets bestemmelser, men mener likevel at misbrukere kan tilbys behandling med slike legemidler dersom det foreligger klar indikasjon og preparatene er egnet for formålet.

**Materiale og metode.** Her beskrives erfaringer med regelmessig forskrivning av A- og B-preparater til langt-komne rusavhengige i en norsk allmennpraksis. 15 pasienter i alderen 31–42 år med 15–25 års misbruk presenteres. Alle pasientene er tidligere behandlet i institusjon eller i programmer for legemiddelassistert rehabilitering og står på venteliste til ny behandling.

**Resultater.** Alle pasientene er fortsatt i live etter 1–3 års behandling med regelmessig forskrivning av A- og B-preparater. Ingen er blitt behandlet for overdose, og alle har et sted å bo og ajourført tiltaksplan i samarbeid med sosialtjenesten. Ingen er blitt tiltalt eller straffet i løpet av behandlingsperioden.

**Fortolkning.** Resultatene tyder på at regelmessig forskrivning av A- og B-preparater i allmennpraksis er vel-egnet som midlertidig tiltak for langt-komne rusavhengige uten behandlingstilbud i offentlig regi.

Rusavhengighet og behandling av narkomane står sentralt i den offentlig helsedebatt. Særlig hyppig diskuteres innsats rettet mot barn og unge i den hensikt å forhindre rekruttering av nye misbrukere, rusfrihet som generell målsetting, ev. etter behandling i institusjon med påfølgende ettervern, legemiddelassistert rehabilitering (LAR), om nødvendig som livslang behandling, og kapasitetsbegrensningen i offentlig godkjent rehabiliteringsprogrammer.

**Harald T. Andersen**

Majorstuaklinikken  
Slemdalsveien 1  
0369 Oslo

Andersen HT.

**Regular prescription of narcotics and sedatives to drug-addicted patients in general practice.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1202–4.*

**Background.** A nation-wide rehabilitation programme with legal prescription of methadon and buprenorfine has been organised for drug-addicted patients, but the number of patients waiting for such treatment is increasing. The Norwegian health authorities have discouraged general practitioners from prescribing quotas of drugs to drug-addicted patients waiting for admission to these programmes.

**Material and methods.** 15 patients, 31 to 42 years old, with 15 to 25 years of drug abuse are presented. All patients are waiting for admission to a rehabilitation programme or institution. They have been treated individually with specified quantities of medication in a private general practice in Oslo, Norway.

**Results.** After 1 to 3 years of treatment, all patients are alive and live by themselves in regular apartments. Their social condition have improved and they have better contact with their families. There were no conflicts with public authorities, and abuse of illegal drugs was reduced.

**Interpretation.** The results are in accordance with those obtained in centres for rehabilitation of drug-addicted patients. General practitioners should be encouraged to provide intermediate treatment of drug-addicted patients waiting for admission into rehabilitation programmes.

☞ Se også side 1177

Rusavhengige med meget lang sykehistorie og med tilbakefall under eller etter behandling i institusjon eller programmer for legemiddelassistert rehabilitering, samt misbrukere på langtids venteliste for behandling, er høyrisikopasienter. De representerer en utfordring for så vel leger knyttet til spesialiserte, offentlige institusjoner som for allmennpraktikere. Myndighetene ønsker å utvide fastlegenes bidrag til legemiddelassistert rehabilitering i samarbeid med sosialtjenesten (1). Mange allmennpraktikere kvier seg for å overta behandlingen av rusavhengige, blant annet på grunn av pasientgruppes spesielle behov for oppfølging, fare for

rutinesvikt, egen inkompetanse, tidsnød, uavklarte lønnsforhold samt liten tro på at behandlingen gir helsemessig gevinst.

Til tross for at de offentlig godkjente behandlingstilbud ikke dekker behovet, har Statens helsetilsyn etterlatt et inntrykk av at midlertidige tiltak, spesielt vedvarende forskrivning av vanedannende legemidler til rusavhengige pasienter utenfor et program for legemiddelassistert rehabilitering – såkalt kvoteforskrivning – oppfattes som ufor-svarlig praksis (2). Det foreligger imidlertid ikke dokumentasjon fra norsk allmennmedisin som indikerer at regelmessig, velavgrenset forskrivning av medikamenter i resept-gruppe A og B skulle være forkastelig som et midlertidig tiltak. Egne erfaringer, som presenteres i denne artikkelen, tyder på det motsatte.

## Materiale og metode

15 pasienter (11 menn) fra egen allmennpraksis, 31–42 år gamle, presenteres. Anamnesticke opplysninger fremgår av tabell 1. Alle pasientene hadde fått diagnosene P18 Medikamentmisbruk og P19 Stoffmisbruk samt minst én psykiatrisk tilleggsdiagnose i henhold til International Classification of Primary Care (ICPC). Individuell rusavhengighet strakk seg over 15–30 år, med debut i 10–14 års alder. Med to unntak var samtlige blitt behandlet for overdose én eller flere ganger. Selvmordstanker og ett eller flere mislykkede selvmordsforsøk inngikk i sykehistoriene. Så vel akutt som kronisk infeksjonssykdom forekom hyppig.

Alle pasientene var tidligere pågrepet, tiltalt og straffet for vinningsforbrytelser og/eller ulovlig besittelse av medikamenter eller narkotika. Samtlige hadde helt eller delvis gjennomgått ett eller flere behandlingssopplegg i til sammen 15 norske institusjoner og/eller deltatt i programmer for legemiddelassistert rehabilitering. Ingen hadde oppnådd varig rusfrihet. Alle gav uttrykk for ønsket om uavhengighet av illegale rusmidler gjennom nytt tilbud om offentlig godkjent behandling. En pasient som hadde tidligere erfaring fra behandling ved legemiddelassistert rehabilitering, oppgav rusfrihet som endelig mål. De øvrige med slik erfaring var innstilt på langvarig, eventuelt livslang tilknytning til et slikt rehabiliteringsprogram.

Skriftlig dokumentasjon fra tidsavsnitt før pasientene kom til behandling hos forfatteren, epikriser og laboratorieresultater foreligger i en del tilfeller, men er ikke fullstendige. Påtaler, domsavsigelser og soningsmønstre er dokumentert for enkelte ved direkte samarbeid, på pasientens anmodning, med vedkommende myndighet, advokat eller sosialarbeider. Deltakelse i tidligere behandlingsprogrammer er oppgitt i henhold til pasientenes egne opplysninger. I de tilfeller deres utsagn er blitt etterprøvd, for eksempel ved fornyet henvendelse til behandlende institusjon eller behandlingsprogram, ble pasientenes fremstillinger funnet å være pålitelige.

Pasientene ble oppfattet som behandlingstrengende i henhold til sine diagnoser og behandlet i privat klinikk på Majorstuen, Oslo. Behandlingen har pågått i 1–3,5 år, avhengig av tidspunkt for første kontakt mellom behandler og pasient, etter følgende opplegg:

– Regelmessig forskrivning av medikamenter som tablett i utleveringsgruppe A (morfinulfat eller buprenorfin) og B (diazepam, flunitrazepam, oksazepam, nitrazepam), med individuell dosering av de enkelte preparater over bestemt tid. Supplering utover avtalt dose forekom i enkelte tilfeller der pasienten kunne godtgjøre økt behov.

– Samtalerapi 20–30 minutter ved hver konsultasjon selv om pasienten kunne virke sliten. Pasienter som var åpenbart ruset ved fremmøte, ble avvist og fikk ny timeavtale.

– Det ble krevd aktivt samarbeid med sosialkontor, dokumentert ved oppdatert tiltaksplan og aktiv søknad om plass i offentlig godkjent behandlingsprogram.

Det ble ikke inngått noen formell kontrakt mellom pasient og lege, men opplegget bar preg av gjensidig overenskomst. Forholdet til behandler ble avvirket ved gjentakne utblivelser fra inngåtte avtaler. Ved verifisert mistanke om videre salg av forskrevne medikamenter ble lege-pasient-forholdet umiddelbart avsluttet. Sporadisk illegal misbruk («sprekk») ble akseptert. Under konsultasjonen ble vedkommende pasients aktuelle rusproblemer diskutert, tiltaksplaner ble gjennomgått og søknader om sosial- og trygdeytelser ble vurdert. Legen deltok etter avtale i ansvarsgruppemøter.

Ved somatisk sykdom gjennomgikk pasienten vanlig klinisk undersøkelse og ble eventuelt henvist til spesialist eller innlagt i sykehus. Pasient og/eller behandlende institusjon sørget for epikrise til forfatteren også dersom pasienten selv hadde tatt initiativet til øyeblikkelig hjelp eller henvendt seg gjennom ideell organisasjon.

## Resultater

Samtlige deltakere i det beskrevne behandlingsopplegget er etter 1–3 år i live. Ingen er behandlet for overdose i behandlingsperioden. Det har vært ett mislykket selvmordsfor-

**Tabell 1** Oversikt over 15 rusavhengige pasienter behandlet med regelmessig forskrivning av A- og B-preparater i allmennpraksis

	Kvinner	Menn
Antall	4	11
Gjennomsnittsalder (år; spredning)	34,0 (29–38)	36,4 (29–42)
Alder ved førstegangsmisbruk (år)	11–14	10–15
Første misbrukte stoff	Cannabis/alkohol	Cannabis/alkohol
Antall år med rusavhengighet	18–24	16–31
Antall pasienter behandlet for overdose <sup>1</sup>	4	11
Antall pasienter med selvmordsforsøk <sup>1</sup>	1	3
Antall pasienter tidligere behandlet ved institusjon <sup>1</sup>	3	10
Antall pasienter tidligere behandlet i program for legemiddelasstert rehabilitering	4	7
Antall pasienter tidligere tiltalt og dømt <sup>1</sup>	4	11
Antall dommer per pasient	1–10	2–34
Sonet straff, samlet tid (år)	0,7–5	0,7–10

<sup>1</sup>Flere ganger

søk. Ingen er blitt pågrepet, tiltalt eller dømt for nye straffbare forhold. Alle pasientene har et sted å bo – varierende fra egen bolig eller kommunal leilighet til vernet institusjon eller hospits. Én soner dom fra tidligere uoppgjort forhold, men holder stadig kontakt. Vedkommende ønsker overføring til institusjon eller program for legemiddelasstert rehabilitering, eventuelt midlertidig gjeninntak i behandlingsopplegget etter løslatelse.

Hver pasient har ajourført tiltaksplan, med aktiv søknad til godkjent behandlingsinstitusjon eller program for legemiddelasstert rehabilitering. To av pasientene er nylig overført til et slikt program, ytterligere to ville ha oppnådd det samme dersom den tidsramme som ble pasientene forespeilet av regionalt senter var blitt overholdt. To pasienter er under behandling i institusjon, de øvrige er stadig på venteliste.

Alle pasientene legger vekt på at deres sosiale situasjon er blitt svært meget bedre. Særlig fremheves fornyet kontakt med nære pårørende, foreldre, søsken samt tidligere samlivspartnere og felles barn. Samtlige pasienter søker å opparbeide kontakt til en rusfri omgangskrets, gjerne innenfor ettervern eller tolerante kristne miljøer. Tilbakemeldinger fra familiemedlemmer og sosialkonsulenter gir inntrykk av at pasientenes fremstilling er korrekt. Fravær av nye straffbare forhold styrker inntrykket av et bedret livsmønster.

Pasienter som oppnådde uavhengighet av illegale rusmidler, ønsket ofte spontant å demonstrere at ny perkutan administrasjon ikke har forekommet. Andre som vedgikk sporadisk misbruk, hevder at slik praksis er sterkt redusert. Blant disse forekom flere alvorlige komplikasjoner i forbindelse med abscessutvikling. Fire hadde behov for kirurgisk intervensjon i sykehus. To pasienter ble hospitalisert flere ganger i løpet av behandlingsperioden for behandling av infek-

sjonssykdom og pga. redusert allmenntilstand.

Lege-pasient-forholdet ble avsluttet i to tilfeller, ett på grunn av bekreftet mistanke om videre salg av forskrevne medikamenter og ett på grunn av manglende dokumentasjon av aktivt samarbeid med sosialkontor samt uregelmessig fremmøte til avtalte konsultasjoner. En av disse pasientene er senere blitt akseptert i behandlingsinstitusjon, den andre har nylig gjenopptatt samarbeidet med sosialtjenesten og vurderes gjeninntatt i behandlingsopplegget.

## Diskusjon

Materialet er selektert fra en allmennpraksis. Behandlingen er basert på et uformelt, gjensidig avtaleforhold mellom lege og pasient. Utvalget er neppe representativt for rusavhengige generelt, og metoden tilfredsstillende ikke krav til vitenskapelig stringens. Presenstasjonen er snarere et bidrag til vurdering av eventuell helsemessig gevinst ved regelmessig forskrivning av vanedannende medikamenter til tungt belastede rusavhengige personer uten behandlingstilbud i offentlig godkjent program. Dessuten er den et innlegg i debatten om en kontroversiell behandlingsmetode og tilsynsmyndighetens retningslinjer.

Samtlige pasienter lever med forbedret livskvalitet, målrettet og avkriminalisert atferd samt redusert bruk av illegale rusmidler. Dette gir grunn til å anta at regelmessig forskrivning av medikamenter i utleveringsgruppe A og B kombinert med individuell samtalerapi kan gi helsemessig gevinst hos langtkomne rusavhengige. Resultatene samsvarer i alt vesentlig med erfaringer publisert fra regionale sentre for legemiddelasstert rehabilitering, der pasientgruppen også er selektert og der behandlingen foregår med metadon eller buprenorfin (3). Sammenlikningen gir således holdepunkter for at resul-

tatene fra allmennpraksis er gyldige under tilsvarende kontrollerte omstendigheter og uavhengig av prosjektstørrelse.

Etablerte misbrukere med 20 års erfaring eller mer har debutert allerede omkring 1980. Problemet er således ikke nytt, bare tiltakende i så høy grad at det ikke lenger lar seg ignorere. Forebyggende tiltak er tilsvarende på etterskudd. Den første kontakt med rusmidler for de her omtalte pasienter har vært alkohol eller cannabis, oftest i kombinasjon. Dagens debutanter er tilsvarende unge og utsatt for et vesentlig videre spektrum av rusmidler.

Fengsel synes ikke å ha hatt gunstig effekt på pasientgruppen, verken som prevensjon eller som straff. Tvert imot kan et rusmiljø blant innsatte muliggjøre fortsatt misbruk under soning. Enkelte pådrar seg dermed personlig gjeld som medfører fornyet kriminalitet ved løslatelse.

Mange rusmisbrukere gjennomfører behandling i institusjon én eller flere ganger. Tilbakefall er hyppig og blir av pasientene hovedsakelig tilskrevet manglende sosial kontakt utenfor rusmiljøet (fravær av «nyktre» venner), svakt utbygd ettervern og urealistiske målsettinger, som forårsaker stress. Det er derfor naturlig at disse tungt belastede rusavhengige ønsker å bli tatt opp i et be-

handlingsprogram for legemiddellassistert rehabilitering, hvilket taler for å øke kapasiteten i det legale behandlingstilbud.

Hvorvidt de beskrevne tiltak er i samsvar med offisielle retningslinjer, slik disse er kommet til uttrykk i rundskriv fra Statens helsetilsyn (2), må skjønnsmessig avgjøres av den enkelte lege. Tilsynsmyndigheten finner kvoteforskrivning på manglende eller usikker medisinsk indikasjon uforenlig med forsvarlighetskravene i den tidligere legeloven (4) og i gjeldende lov om helsepersonell (5) og forlanger at slik praksis avvikes. Samtidig stadfestes at rekvirering av vane-dannende legemidler i reseptgruppe A og B til narkotikamisbrukere kan skje dersom det foreligger klar medisinsk indikasjon og det er godtgjort at preparatene har en dokumentert effekt og egner seg i behandling av en definert somatisk eller psykisk lidelse (2). Det dreier seg følgelig om hvordan den enkelte lege oppfatter selve sykdomsbegrepet i henhold til aktuelle diagnoser.

Rusavhengige som faller utenfor det offentlige tilbud om behandling lever daglig i livsfare. Etter 15–25 års tungt misbruk er det neppe realistisk å forvente rusfrihet ved nedtrapping i løpet av få måneder. Mens myndighetene arbeider for økt kapasitet i offentlige programmer, må regelmessig forskriv-

ning av medikamenter i utleveringsgruppe A og B tillates benyttet som livreddende behandling for langtkomne rusavhengige pasienter. Allmennleger bør tilbys praktisk rettede kurs i behandling av misbrukere. Det er behov for kontakt mellom alle yrkesgrupper innen rusomsorgen.

Forfatteren takker klinikkjef lege Josef Ekgren og personalet ved Majorstua klinikken for forståelsesfullt samarbeide og stor evne til å akseptere mange tungt belastede pasienter i en privat allmennpraksis.

#### Litteratur

1. Sosial- og helsedepartementet. Flere får legemiddellassistert rehabilitering. Pressemelding nr. 39, 11.5.2001.
2. Legemiddellassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk. Rundskriv IK – 15/2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
3. Waal H, Krook A, Welle-Strand G, Espengren O, Hole R, Lazaridis KB et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2301–5.
4. Lov av 13. juni 1980. Nr. 42 om leger §§ 20 og 25.
5. Lov av 2. juli 1999. Nr. 64 om helsepersonell m v § 4.

○

bøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerb

## Kirurgi med perler og fallgruver

Bland KI, Sarr MG, red

**The practice of general surgery**

1260 s, tab, ill. London: Saunders, 2002.

Pris GBP 100

ISBN 0-7216-8476-9

Dette er ingen vanlig lærebok i kirurgi, og vil på ingen måte erstatte en ordinær kirurgisk tekstbok. Jeg synes at denne boken, mer enn en vanlig tekstbok, har en klinisk problemorientert profil. Korte kapitler i innledningsdelen med overskrifter som «Do not resuscitate, do not treat», «Gastrointestinal failure», «Thyroid abnormalities encountered in surgical critical care», er eksempler på dette.

Boken er redigert i ti hoveddeler, der innledningen ellers omhandler allmenne kirurgiske prinsipper, traumer og behandling av kritisk syke kirurgiske pasienter. Minst halvparten av innholdet omhandler gastroenterologisk kirurgi. I kortere avsnitt er barnkirurgi, onkologisk kirurgi (brystkreft og

melanomer), endokrin kirurgi, gynekologi, karkirurgi og hode og nakke/hals omtalt.

Hovedredaktørene er velkjente bidragsytere fra store og innflytelsesrike institusjoner i USA. Dette gjelder også for mange av kapitelforfatterne. Målgruppen synes først og fremst å være kirurger under utdanning, men mer etablerte kirurger som trenger en praktisk anlagt og faglig oppdatert bok vil også finne mye nyttig stoff. Man sitter likevel igjen med en følelse av at denne boken, kanskje mer enn vanlig, er tilpasset den amerikanske utdanningstradisjonen i generell kirurgi. Dette kommer til uttrykk på ulike måter; til hvert kapittel er det knyttet 10–15 oppdaterte og relevante referanser, men disse er ofte hentet fra eget kontinent eller miljø. Dessverre brukes stort sett ikke SI-systemet for laboratorieverdier. For de fleste europeiske kolleger er vel dette litt tungvint. Mange av utredningsalgoritmene er gode, men noen er definitivt nokså overlesede og blir dermed til mindre nytte (f.eks. fig. 15–4; abdominalt kompartmentsyndrom). Bruk av bildediagnostikk (ikke minst CT og MT), og i noen grad også pasientlogistikken, minner oss alle om at klinisk medisin også styres av

andre faktorer enn de rent faglige, der f.eks. betalingsordninger, tilgjengelighet til spesialundersøkelser og pasientenes egne valg, forventninger og krav spiller en rolle.

Boken er solid innbundet, trykt på fint papir og inneholder en rekke informative tabeller, algoritmer, svart-hvitt-bilder og strektegninger. Trykkfeil og andre formelle feil er stort sett fraværende. En fyldig indeks på slutten er nyttig. Hvert kapittel avsluttes med en faktaboks («pearls and pitfalls»), grafisk uthevet og presentert med korte strekpunkter. For mange kirurger og utdanningskandidater vil denne boken være viktig og nyttig – og prisen verdt.

*Jon Arne Søreide*

Kirurgisk avdeling

Sentralsjukehuset i Rogaland