



Kommentar og debatt

Fra «kvoteforskrivning» til legemiddelassistert rehabilitering – erfaringer med overgangsbestemmelser

Helsetilsynet sendte i 2000 ut et rundskriv som presiserte at leger bare kan forskrive medikamenter til legemiddelassistert rehabilitering til pasienter som er godkjent for slik behandling. Dette er på den ene side oppfattet som et forsøk på å forhindre «kvoteforskrivning» og på den annen side som en innskrenkning i legers forskrivningsrett.

I denne artikkelen gjennomgås historien bak kvotebegrepet i lys av norsk rusmiddelpolitikk. Erfaringen med retningslinjene vurderes på bakgrunn av opplysninger fra de regionale sentrene som har mottatt alle søknader om dispensasjon og om godkjenning av behandlingen.

Rundskrivet fra Helsetilsynet innfører ikke en ny, restriktiv praksis, men er et forsøk på å sikre en utvikling innen tradisjonell restriktiv norsk politikk. Ordningen er blitt gjennomført på en forsvarlig måte innenfor gjeldende regelverk. Vanskene synes å stamme fra noen ganske få leger. Det er behov for nyansering av modellen for legemiddelassistert rehabilitering.

Da Stortinget i 1997 besluttet at vi skulle utvikle et tilbud om legemiddelassistert rehabilitering, åpnet det for forskrivning av avhengighetsskapende legemidler til misbrukere på visse premisser. Muligens kunne dette undergrave den tradisjonelle restriktive holdningen vi har utviklet i Norge. I 2000 sendte Helsetilsynet ut to rundskriv (1, 2) som fastslo at leger ikke skal ha anledning til å skrive ut medikamenter til legemiddelassistert rehabilitering med mindre pasienten er inkludert i godkjent senter for denne behandlingsformen. Det ble innført en overgangsperiode for å gi legene anledning til forsvarlig tilpasning av behandlingen (2). Bestemmelsene er blitt møtt med kritikk (3). Det er blant annet hevdet at pasienters liv kan komme i fare, at antall pasienter som blir berørt er svært stort og at bestemmelsene griper inn i legers rett til selvstendig vurdering av pasientenes behov.

De regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering har ikke hatt noen rolle

Helge Waal

helge.waal@psykiatri.uio.no

Universitetet i Oslo

Instituttgruppe for psykiatri

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer

og

MARIO

Kirkeveien 166

0407 Oslo

Ian V. Dahl

Senter for medikamentassistert

rehabilitering i Oslo (MARIO)

Kirkeveien 166

0407 Oslo

☞ Se også side 1177

i utformingen av disse bestemmelsene. Sentrene har imidlertid hatt oppgaven å motta søknadene om dispensasjon og å løse eventuelle kliniske vansker som måtte oppstå. I denne artikkelen redegjør vi for bakgrunnen for de midlertidige bestemmelsene og for erfaringene med ordningen. Vi tar ikke sikte på noen evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i seg selv, men søker å belyse de retningslinjene for forskrivning som er innført.

Vedlikeholdsbehandling, kvoter og regelverk

Langtidsforskrivning av avhengighetsskapende medikament blir av og til omtalt som «å gi kvote». Ordningen stammer fra Karl Evangs tid som helsedirektør (4) og ble opprettet i 1950-årene. Det var på den tiden bekymring for et økende antall meldinger om misbruk av legeforordnede medikamenter. En gjennomgang av forskrivningene viste at seks leger forskrev 2,4 % av all morfin i landet, hvilket var omtrent like mye som den samlede forskrivning fra alle leger og sykehus i for eksempel Bergen. 20 leger var på landsbasis kjent som storforskrivere, og kontroll av apotekenes rusgiftprotokoller viste at hovedmengden gikk til «eufomane som er kjent av Helsedirektoratet» (5). Det ble derfor innført anledning til å påtale legers forskrivning og en mulighet til å begrense deres forskrivningsrett. Problemet, avhengighet av et legemiddel, ble likevel oppfattet som et medisinsk problem som

helsevesenet skulle løse (4). Dersom en morfinist til tross for flere behandlingsforsøk ikke klarte å holde seg fra tilbakefall, kunne han eller hun bli tildelt en fast mengde morfinstoff – «kvote». De offentlige legene fikk oppgaven.

Denne ordningen ble avvirket i slutten av 1960-årene fordi leger opplevde betydelig press for økt kvote, salg av medikamentet og uheldig miljødanning rundt enkelte av pasientene (6). En økende behandlingsmessig optimisme førte i tillegg til at «kvotebehandling» ble ansett som dårlig praksis. Det var å «gi opp pasienten». «Kampen mot narkotika» kom på dagsordenen, og Helsedirektoratet (nåværende Statens helsetilsyn) innførte særbestemmelser for metadon i utleveringsforskriftene tilknyttet legemiddeloven. «Kvoter» skulle ikke gis, og metadon skulle bare kunne brukes til smerteformål og kun forskrives i sykehus. Ordningen med tildeling av kvoter ble derfor avvirket i 1970-årene.

Begrepet «kvote» har imidlertid også hatt en annen betydning. Rygggraden i behandling av misbrukere var lenge avvenning og kontroll sammen med behandling av de vansker pasienten ellers måtte ha. Pasienter med alvorlige misbruksproblemer kunne bli registrert hos fylkeslegene. De registrerte fikk utpekt én lege for all forskrivning. Listen ble distribuert til leger og apotek. Listen til legene skulle forhindre legeshopping – rundgang fra lege til lege for å få forskrevet fra flere kilder. Listen til apotekene skulle sikre at pasientene bare fikk utlevert legemidlene fra ett utpekt apotek. Meningen var imidlertid ikke at pasienten skulle få forskrevet noen «kvote». Pasienten skulle få en forsvarlig legeoppfølging, og ordningen skulle forhindre «uhensiktsmessige legekontakter» (6). Dybwad og medarbeidere (7) undersøkte hvorledes forskrivningspraksisen var for B-preparater i to norske fylker i første halvdel av 1990-årene.

Registreringsordningen ble avvirket i 2001. Begrunnelsen var at ordningen var kostbar og at den ikke fungerte i praksis. Man antok dessuten at behovet ville bli redusert på grunn av fastlegeordningen (oppløst ved henvendelse til Helsetilsynet).

Legemiddelassistert rehabilitering

I 1997 besluttet Stortinget at «metadonassistert rehabilitering» skulle være tilgjengelig over hele landet. Sosial- og helsedepartementet utformet først midlertidige retningslinjer (8) bygd på en tilpasning av de gjeldende utleveringsbestemmelsene. Bestemmelsene om utlevering av metadon ble tilpasset slik at forskrivning skulle kunne skje på visse premisser (kriterier) som skulle vurderes i sentre (tiltak) godkjent av departementet. Behandlingen ble altså besluttet som en kontrollert form for forskrivning.

De midlertidige retningslinjene ble avløst av permanente i år 2000 (9). Helsetilsynet utarbeidet rundskriv til leger og apotek om

endringene i utleveringsforskriftene (1, 2). Forskrivning av avhengighetsskapende legemidler til misbrukere skal ifølge disse begrenses til pasienter som er godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (når det gjelder vedlikeholdsbehandling). Helsetilsynet tok altså sikte på å forhindre en generell endring av legers forskrivning i liberaliserende retning. Rundskrivet fastsatte at leger ikke skulle kunne rekvirere disse legemidlene til misbrukere etter 1.1. 2001 med mindre det var godtgjort at pasienten var med i godkjent opplegg for legemiddelassistert rehabilitering (1). Dette rundskrivet fikk en oppfølger fordi tidsfristene var korte og informasjonsmulighetene til legene utilstrekkelige (2). Det ble innført overgangsbestemmelser slik at leger som hadde påbegynt vedlikeholdsbehandling til misbrukere per 1.1. 2001, kunne fortsette denne frem til 1.4. 2001. Fra dette tidspunktet skulle fortsatt forskrivning forutsette midlertidig innvilgning fra regionalt senter. Ordinær søknad måtte være sendt. Det ble deretter gitt seks måneders overgangsperiode, med fortsatt forskrivningsmulighet frem til 1.10. 2001. Etter dette skulle legene bare kunne rekvirere medikamenter til vedlikeholdsbehandling til pasienter som var godkjent for legemiddelassistert rehabilitering.

I 2001 kom det enda et nytt rundskriv, denne gangen med retningslinjer for ansvarsforhold og organisering. Rundskrivet definerte blant annet den medisinske delen av arbeidet som nødvendig helsetjeneste (10).

De regionale sentrenes håndtering av overgangsbestemmelsene

Antall pasienter med uregistrert langtidsforskrivning av A-preparater var ukjent. De regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering fryktet derfor et høyt antall søknader i en situasjon med betydelige ventelister (11).

Situasjonen ble drøftet i møter mellom sentrene. Søknadene om midlertidig fortsatt forskrivning skulle som hovedregel innvilges, med mindre pasienten åpenbart ikke tilfredsstilte kriteriene for behandlingsformen. I så fall skulle legen få raskt beskjed om forsvarlig avvikling av behandlingen.

Ved innvilgelse av midlertidig forskrivning skulle legene få beskjed om at vanlig søknad måtte fremmes. Når slik søknad var begrunnet og behandlingen dokumentert vellykket, skulle hovedregelen være at behandelende lege fortsatte som ansvarlig lege innenfor et avtalt samarbeid med lokalt sossialsenter. Der behandlingen var lite vellykket og/eller dårlig dokumentert, men indikasjonene var til stede, skulle sentrene bestrebe seg på å mestre vanlig inntak innen fristen. Søkerne skulle imidlertid ikke kunne fortrenge søkere som allerede ventet. Der hvor behandlingen ikke var indisert etter kriteriene, skulle behandling avslås. Dette vil si at legene måtte gjennomføre en avvenning,

vanligvis i form av gradvis nedtrapping av opioid.

Erfaringer

Hvorledes har så erfaringene med denne ordningen vært? Vi har innhentet opplysninger fra fylkenes inntakskoordinatorer og fra regionale sentre. Tabell 1 gir en oversikt over tilbakemeldingene. Søknadene om midlertidig unntak er ikke systematisk skilt ut fra vanlige søknader i Oslo og Akershus. Opplysningene fra disse fylkene bygger derfor på anslag etter samtale med inntakskordinator.

Samlet er det kommet mindre enn 400 søknader. Det sees også at søknadene i hovedsak er kommet i Helseregion Sør (190 søknader) og i Helseregion Midt- og Nord-Norge (138), som har samlet inntak. I Helseregion Vest er det kommet 49 søknader. Et påfallende trekk er at Helseregion Øst (Oslo og fylkene rundt), som har størst befolkningsgrunnlag og dessuten størst andel tunge misbrukere, bare har mottatt omtrent ti søknader.

Årsakene til de regionale variasjonene er flere. I Helseregion Sør skiller Vestfold seg ut med markert høyere antall. Dette skyldes i realiteten et svært høyt antall fra én lege med særlig mange pasienter i behandling. Denne legen har også søkt dispensasjon for fortsatt forskrivning til pasienter i fire andre fylker. Antallet i Helseregion Midt- og Nord-Norge (fylkene fra Møre og Romsdal til Finnmark) må sees på bakgrunn av at det gjelder alle fylkene i regionen. Regionsenteret opplyser at svært mange er kommet fra leger i Sør-Trøndelag. Det lave antall søknader i fylkene rundt Oslo kan ha sammenheng med nær kontakt mellom kommunene og fylkenes koordineringsinstanser over lengre tid. Særlig vil en slik forklaring være sannsynlig i Asker og Bærum, som har hatt spesielt høy aktivitet på dette området. I Oslo kan sammenhengen være at senteret har en svært lang venteliste eller at legene overser påbudet i rundskrivene. Det har dessuten vært mulig for leger å starte eller fortsette en behandling under forutsetning av at behandlingen søkes gjennom sossialsentrene på vanlig vis med adekvat tiltaksplan.

Behandlingen av overgangssøknadene

Etter forståelse mellom regionsentrene skulle søknadene fra legene behandles velvillig, raskt og ubyråkratisk. Tabell 1 viser derfor at bare 52 søknader (13 %) ble avslått umiddelbart. I de aller fleste tilfellene fikk derfor legen i første omgang mulighet til midlertidig videre forskrivning. De fleste av avslagene stammer fra Helseregion Midt- og Nord-Norge.

Vi ser imidlertid at det bare er kommet ordinære søknader for 162 pasienter (42 %). Dette vil si at 225 pasienter ved utløpet av overgangsperioden var uten avtale om videre legemiddelassistert rehabilitering. Legen hadde etter rundskriv IK-24/2000 ikke an-

Tabell 1 Erfaringer med overgangsbestemmelsene i de ulike helseregionene. Oversikt over antall og saksbehandling av søknader om dispensasjon og antall av og saksbehandling av påfølgende søknader om legemiddelassistert rehabilitering

Fylke	Antall dispensasjons-søknader	Avslått	Antall søknader om legemiddel-assistert rehabilitering	Avslått	Kommentarer
Oslo ¹	10	0	10	1	De fleste har fortsatt hos egen lege med tiltaksplan avtalt med sosialsenter. To er fra lege i annet fylke. Noe forskrivning av Dolcontin og Temgesic foregår fortsatt
Akershus ¹	0	0	0	0	Enkelte henvendelser fra leger håndtert med samarbeid om vanlig søknad. Enkelte leger kontaktet direkte med rådgivning. Koordinator har opplysninger om fortsatt forskrivning uten søknad (Temgesic, Dolcontin)
Hedmark	0	0	0	0	Alle aktuelle pasienter søkt på forhånd. Positive tilbakemeldinger fra leger
Oppland	0	0	0	0	Direkte kontakt med noen få leger. Saker behandlet som vanlige søknader. Forskrivning skjer fortsatt uten søknad
Østfold	0	0	0	0	En søknad fra lege i annet fylke avslått. Enkelte telefoner fra leger med rådgivning. Fortsatt forskrivning skjer likevel, særlig av Temgesic
Buskerud	21	9	12	0	Ti var kommet i behandling ved slutten av overgangsordningen. Opplysninger om at «Dolcontin nå er vanskelig å få tak i»
Vestfold	115	2	12	2	Ni var kommet i behandling ved slutten av overgangsordningen. 101 manglet vanlig søknad 1.10. 2001 og er forutsatt avsluttet etter dette
Telemark	17	4	12	0	Alle i behandling ved slutten av overgangsordningen
Aust-Agder	2	0	2	0	Den siste i aktiv behandling per 1.2. 2002
Vest-Agder	35	1	26	2	Søknad manglet for åtte pasienter. Behandlingen antatt avsluttet. Seks fikk likevel fortsatt forskrivning. Det er etablert samarbeid om disse. Fortsatt Temgesic-forskrivning er kjent
Hordaland	43	7	43	10	Alle i behandling ved årsskiftet. To søknader kom fra lege i annet fylke. Det forskrives fortsatt Temgesic
Rogaland	6	0	5	0	Lite ønskelig forskrivning av Temgesic kjent
Sogn og Fjordane	0	0	0	0	
Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag, Nordland, Troms, Finnmark	138	29	40	0	Ved slutten av overgangsordningen manglet 69 pasienter søknad om legemiddelassistert rehabilitering. Direkte kontakt med behandlende lege gav 35 nye søknader. Disse ble innvilget forlenget dispensasjon til opptak i behandling. 34 ble forutsatt nedtrappet av ansvarlig lege. Det er kjent at enkelte leger fortsatt forskriver opiater, særlig Dolcontin
Sum ¹	387	153	162	15	

¹ Antallet fra Oslo og Akershus bygger på anslag uten systematisk registrering

ledning til fortsatt forskrivning. 101 av disse gjaldt legen i Vestfold med det høye antall søknader. Inntakskordinator opplyser at direkte kontakt med legen ikke hadde endret situasjonen. Problemene var altså i svært stor grad knyttet til én lege.

Senteret i Midt- og Nord-Norge sendte først brev med generell orientering til alle som søkte om midlertidig ordning og fulgte dessuten opp med personlig henvendelse til legene dersom det ikke kom ordinær søknad. Dette resulterte i at det ble søkt for halvdelen

av pasientene. Tiltaket i Vest-Agder har også fulgt opp de tilfellene hvor det ikke er blitt søkt. Her er majoriteten i behandling.

Endelig viser tabell 1 at det var 15 avslag på de 162 søknadene. Gjennomgang viser at dette i hovedsak har hatt sammenheng med mangelfulle opplysninger.

Er det slutt på kvotene?

Av kommentarfeltet i tabell 1 fremgår det at de regionale sentrene er kjent med betydelig fortsatt forskrivning uten godkjenning også

etter 1.10. 2001. Inntrykket er at dette i særlig grad gjelder Temgesic (lavdose buprenorfin), men i noen områder også Dolcontin (morfinsulfat). I tillegg er det en rekke meldinger om fortsatt forskrivning av ulike benzodiazepiner. Senteret i Vest-Agder har fulgt opp med en ringerunde til apotekene i fylket i november 2001. Man spurte om apotekene kjente til pasienter som fikk langtidsforskrivning av A- og B-preparater med «delt utlevering». Dette er pasienter hvor pasienten ikke kan få ut hele resepten på én

gang, noe som peker mot at legen antar at pasienten har misbruksproblemer. Apotekene i Vest-Agder rapporterte om 32 pasienter med utlevering av A-preparater og 27 som fikk B-preparater. Tre personer fikk begge medikamenttyper.

Det foregår altså en betydelig grad av forskrivning av avhengighetsskapende legemidler til misbrukere, også etter de nye bestemmelsene. Et rundskriv fra Helsetilsynet er med andre ord ikke tilstrekkelig til å påvirke alle legers praksis.

Diskusjon

Bakgrunnen for rundskrivene viser at overgangsbestemmelsene ikke er noen ny innstramming i forhold til legers forskrivning. «Kvotebegrepet» har i lang tid vært i diskreditt og assosiert med lite faglig fundert behandling. Det har likevel vært leger som har forskrevet opioider til medikamentavhengige. Denne undersøkelsen sier ikke noe om motiver eller metoder i slik forskrivning. De nye bestemmelsene har imidlertid innskjerpet at slik forskrivning ikke skal skje uten godkjenning fra regionale sentre og forutsatt slik godkjenning for fortsatt utlevering fra apotek. Intensjonen har vært å bringe ikke-godkjent forskrivning til opphør.

Erfaringene er at bestemmelsene først og fremst berører et svært lite antall leger. Antall berørte pasienter er mindre enn antallet som søkes til ordinær legemiddelassistert rehabilitering. Det ser ut til at de regionale sentre og tiltak i hovedsak har maktet overgangsperioden på en forsvarlig måte. Tilbakemeldingene peker i tillegg på at enkelte sentre har styrket sin kontakt med legene i regionen.

Samtidig er det svært sannsynlig at en del leger fortsatt forskriver opioider til misbrukere uten å ta kontakt med regionalt senter og uten at pasienten søker om legemiddelassistert rehabilitering. Ifølge Dybwad og medarbeidere slutter de aller fleste leger seg til en restriktiv holdning, også de som forskriver mer og hyppigere enn gjennomsnittet (12). Leger med høy forskrivning begrunner sin praksis med ansvar overfor tidligere behandlende leger, med pasientens selvstendige ansvar eller med høy alder og/eller alvorlige sykdommer. I forhold til å fortsette forskrivning av A-preparater på tross av de nye retningslinjene må man søke andre eller supplerende forklaringer. Praksis kan skyldes at legene finner søknadsprosedyren tungvint, at ventetiden oppleves som uforvarselig lang, at legene er faglig uenig i en restriktiv grunnholdning eller at de er under press av ulike grunner. Selvsagt er også mindre etiske grunner mulige. Enkelte leger kan dessuten tenkes å vurdere pasientens kortsiktige behov til å være noe annet enn langvarig rehabilitering. Dette viser i så fall behov for faglige retningslinjer for kortsiktig kriseintervensjon og tidsavgrenset behandling for dem som trenger slike tiltak.

Konklusjonen er at endringene i utleve-

ringsbestemmelsene og forskriftene for forskrivning av avhengighetsskapende legemidler ikke er et ledd i en mer restriktiv politikk. Praktiseringen av bestemmelsen er i hovedsak tilfredsstillende, men det er behov for mer nyanserte behandlingsstrategier og derfor for utvikling av supplerende metoder og behandlingsopplegg. Det er viktig å videreutvikle samarbeidet med legene. Dette forutsetter imidlertid at leger som er villige til å ta på seg slike oppgaver, respekterer de ansvarlige faglige instanser.

Litteratur

1. Rundskriv IK-15/2000. Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk. Endring i utleveringsforskriften. Oslo: Helsetilsynet, 2000.
2. Rundskriv IK-24/2000. Presisering av IK-15/2000. Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk. Endring i utleveringsforskriften. Oslo: Helsetilsynet, 2000.
3. Christie N, Syse A. Når Metadontilsynet forsvarer sine skanser. Aftenposten 10.1.2002.
4. Evang K. Narkotika, generasjonene og samfunnet. Oslo: Tiden, 1972.
5. Hauge R. Fra opiumskrig til legemiddelkontroll. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1989.
6. Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. Helsedirektoratets veiledningsserie 2-90. Oslo: Helsedirektoratet, 1990.
7. Dybwad TB, Sundene G, Eskerud J, Hjortdahl P, Matheson I. Tilsyn med B-preparatfor skrivningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3207-10.
8. Rundskriv I-25/98. Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
9. Rundskriv I-35/00. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
10. Rundskriv I-33/2001. Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
11. Waal H, Krook AL, 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.
12. Dybwad TB, Kjølrsrød L, Eskerud J, Lærum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. Fam Pract 1997; 14: 361-8.

○