

# Behandlingstilbud for medikamentavhengige

**Bakgrunn.** Det finnes få oversikter i Norge over behandlingstilbud for medikamentavhengige, og det eksisterer ulike retningslinjer for behandling av denne pasientgruppen.

**Materiale og metode.** Sommeren 2001 ble man ved 254 tiltak bedt om å svare på et spørreskjema om behandlingstilbud for personer med medikamentavhengighet.

**Resultater.** Av 189 institusjoner det kom svar fra, var det 25 psykiatriske tiltak og 37 rusmiddeltiltak der man behandlet medikamentavhengighet i 1999–2000. Ved mange tiltak var registreringssystemene mangelfulle. Nedtrappingsregimer ble benyttet fremfor bråseponering ved 34 av 39 poliklinikker og ved 14 av 35 helsestiltak. Man gikk oftere inn for nullforbruk av vanedannende medikamenter ved rusmiddeltiltak enn ved psykiatriske tiltak. Bruken av andre medikamenter i behandlingen varierte. Halvparten av tiltakene angav dokumentasjon i faglitteratur som viktigste begrunnelse for den behandling som var valgt. Evaluering av behandlingen var kun foretatt ved ni av 60 tiltak.

**Fortolkning.** Behandlingstilbudene for medikamentavhengige i 1999–2000 var lite enhetlige og valgt med ulike begrunnelser. Det anbefales at det blir opprettet minst en spesialenhet for medikamentavhengige i hvert regionale helseforetak.

Med medikamentavhengighet forstås i denne sammenheng forbruk av ett eller flere vanedannende legemidler av en slik karakter at det forårsaker toleranseøkning og/eller abstinenssymptomer ved redusering eller seponering, samt at brukeren har en sterk trang til å ta medikamentene – ofte på tross av kunnskap om konsekvenser (1).

Salget av avhengighetsskapende smertestillende, beroligende og søvnfremkallende midler har økt de siste årene (2). Man har få beregninger over hvor mange mennesker som er fysisk avhengige av medikamenter i reseptgruppe A og B og trenger hjelp for å komme ut av problemer knyttet til dette.

De preparatene det først og fremst dreier seg om er:

– Beroligende midler som diazepam, oxazepam og alprazolam (3–5).

**Egil Nordlie\***  
enordlie@yahoo.com

**Tom Vøyvik**  
to-vo@online.no  
Incognito Klinik  
Apalløkkvn. 8  
0956 Oslo

**Olaf G. Aasland**  
olaf.aasland@legeforeningen.no  
Legeforeningens forskningsinstitutt  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

\* Nåværende adresse:  
Borgestadklinikken  
Postboks 1 Sentrum  
3701 Skien

Nordlie E, Vøyvik T, Aasland OG.

## Treatment for legal drug dependence in Norway.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2455–7*

**Background.** Information on treatment facilities for legal drug dependence in Norway is not readily available.

**Material and method.** In 2001 a questionnaire on the treatment of legal drug dependence was mailed to 254 psychiatric and substance abuse inpatient and outpatient clinics.

**Results.** Of the 189 respondents, 25 psychiatric and 37 substance abuse clinics had treated patients with legal drug dependence in 1999–2000. Several clinics had insufficient registration systems. 34 out of 39 outpatient and 14 out of 35 inpatient clinics used gradual, as opposed to immediate, discontinuation of drug use. Abstinence from all addictive drugs was a more common treatment goal for the substance abuse clinics than for the psychiatric clinics. Use of other drugs in the treatment was inconsistent between the different clinics. Half of the clinics claimed to base their treatment on scientific evidence. Only nine of 60 clinics had made systematic evaluations of treatment efficiency.

**Interpretation.** Institutional treatment for legal drug dependence in Norway in 1999–2000 was not well organised, and treatment ideologies and goals were diverse. We recommend one specialised clinic in this field in each of the five regional health administrations.

☞ Se også side 2428

– Sovemidler som flunitrazepam og nitrazepam.

– Smertestillende midler i opioidgruppen (4).

– Det muskelavslappende midlet karisoprodol (6).

Avhengighet av legemidler innen andre kategorier forekommer også, blant annet anti-epilepsimidlet klonazepam.

Man har få oversikter over behandlingstilbud for medikamentavhengige, og det finnes få retningslinjer og lite oversiktslitteratur (7–9). Mange med medikamentavhengighet som dominerende problem faller ofte mellom flere stoler – mellom tiltak for personer med rusmiddelproblemer eller psykiatriske problemer eller mellom tiltak for personer med alkoholproblemer og narkotikaproblemer. Mange identifiseres verken som klienter med rusmiddelproblemer eller som psykiatriske pasienter, og dermed blir hjelpetiltakene ofte tilfeldige. Behandlingstilbudene er avhengige av interesse fra rusmiddelinstitusjoner, psykiatriske tiltak og andre, og kommer ofte først etter påtrykk fra primærhelsetjeneste, pårørende, sosialtjeneste eller pasienten selv. Enkelte greier også ved egen innsats eller ved hjelp av egen lege å trappe ned og få kontroll over situasjonen (10). Flere legemiddelavhengige må likevel få hjelp av spesialisttjenesten innen rusmiddelinstitusjoner eller psykiatrien.

Fra Incognito Klinik ble det sommeren 2001 foretatt en spørreundersøkelse angående tiltak vedrørende behandling av medikamentavhengige pasienter uten vesentlige tilleggsproblemer med andre rusmidler. Formålet med undersøkelsen var bl.a. å få oversikt over – hvilke tiltak som gav tilbud om behandling til medikamentavhengige – hvilke mål man hadde for behandlingen – hvilke behandlingsmetoder som ble anvendt for å oppnå målene og hvorfor man hadde valgt disse – hvor mange som hadde foretatt evaluering av behandlingssopplegget

## Materiale og metode

Et skjema med 20 spørsmål vedrørende behandling av medikamentavhengige ble sendt til 254 psykiatriske tiltak og rusmiddeltiltak i juni 2001. Av disse hadde 148 tiltak anført i Rusmiddeldirektoratets landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelbrukere (11) at de behandlet medikamentavhengige. Adresselisten for en del psykiatriske sykehus i *Årbok for den norske lægeforening* ble også benyttet (12), samt en adresseliste fra Statens helsetilsyn. Barne- og ungdomspsykiatriske tiltak, psykiatriske sykehjem og psykiatriske rehabiliteringstjeneste var ikke inkludert.

I spørreskjemaet ble det ikke skilt mellom avhengighet av terapeutiske doser og høydoseavhengighet (13).

Om spørsmålene var relevante, forståelige og stort sett kunne besvares uten betydelig arbeidsbelastning ble testet ut gjennom en pilotundersøkelse til sju institusjoner som behandlet medikamentavhengige.

Skjemaene ble stilet til faglig leder/avdelingsoverlege ved tiltakene og var ikke anonymiserte. Ved de tiltakene der man ikke behandlet medikamentavhengige, skulle man bare svare på noen få kontrollspørsmål. Det ble sendt skriftlig purring én gang, og de som fremdeles ikke svarte, ble kontaktet per telefon. Det er benyttet frekvensfordelinger og krysstabeller.

## Resultater

29 tiltak hadde opphørt å eksistere eller var faglig underlagt andre institusjoner. Totalt antall forventede svar ble da 225. Blant disse hadde man ved 20 institusjoner ikke mulighet til å svare pga. kapasitetsproblemer (for få ansatte, sykdom og liknende), for dårlig registrering eller manglende oversikt over pasientgruppen.

Det kom svar fra 101 rusmiddeltiltak og 88 psykiatriske tiltak, dvs. en svarprosent på 84 av dem som kunne svare (189/225). Av disse 189 tiltakene hadde man ved 127 (67%) ikke behandlet medikamentavhengige i 1999–2000, dette gjaldt 52 rusmiddeltiltak og 75 psykiatriske tiltak. Av de øvrige 62 var det 37 rusmiddeltiltak og 25 psykiatriske tiltak. 13 var både heldøgntiltak og poliklinikker, 22 var rene heldøgntiltak og 27 var rene poliklinikker, dvs. at svarene representerer 35 heldøgntiltak og 40 poliklinikker.

Ved 39 av 62 tiltak besvarte man spørsmålet om kjønn- og aldersfordeling. Disse hadde til sammen behandlet 1 090 pasienter i 1999–2000, fordelt på 164 (15%) i psykiatrien og 926 (85%) i rusmiddeltiltak, 597 kvinner (55%) og 493 menn (45%). I psykiatriske tiltak utgjorde kvinner 49%, i rusmiddeltiltak 56%.

Fem preparater fra en liste på 12 skulle rangeres etter hyppighet i bruk blant medikamentavhengige. De 12 alternativene var alprazolam, klonazepam, diazepam, flunitrazepam, oxazepam, zopiklon, buprenorfin, kodein, morfin, ketobemidon og karisoprodol. Ved 29 av 56 tiltak der man svarte på spørsmålet var diazepam mest brukt, ved ni var det oxazepam, ved sju flunitrazepam og ved seks kodein. To hadde klonazepam øverst på liste, to ketobemidon og tre hadde andre preparater.

## Behandlingsopplegg

Ved 34 av 39 poliklinikker ble hovedsakelig nedtrapping anvendt fremfor bråseponering, det samme var tilfellet ved 14 av 35 heldøgntiltak. Ved 12 heldøgntiltak ble det som regel anvendt bråseponering ved innleggelse og ved tre tiltak før innleggelse. 29 av 32 rusmiddeltiltak hadde fortrinnsvis nullforbruk av vanedannende medikamenter som behandlingsmål, mot 13 av 24 tiltak i psykiatrien.

To av 60 tiltak hadde egne terapigrupper for medikamentavhengige. Ved 25 av 37

**Tabell 1** Oversikt over alternative behandlingstilbud for medikamentavhengige ved 55 tiltak. Mange tiltak hadde flere alternativer

Behandlingstilbud	Antall tiltak
Familiesamtaler	39
Fysisk trening	27
Sosial trening	24
Avslapningsøvelser	2
Fysioterapi	10
Autogen trening	10
Akupunktur	8
Kunst-/kreativitetsterapi	3
Musikkterapi	2
Psykodrama	1

rusmiddeltiltak deltok medikamentavhengige i gruppebehandling sammen med andre rusmiddelavhengige, i psykiatrien ved ti av 24. Her gikk for øvrig halvparten av pasientene med medikamentavhengighet i grupper med pasienter uten rusmiddelproblemer. Alle institusjonene unntatt én tilbød individuelle terapeutiske samtaler. Det var også tilbud om andre behandlingstilnærminger ved 55 tiltak (tab 1).

Ved 11 av 22 psykiatriske tiltak og 24 av 31 rusmiddeltiltak der man svarte på spørsmål om medisinerbruk i behandlingen, ble karbamazepin benyttet. Klonidin ble benyttet ved fem av 30 rusmiddeltiltak og ved ett av 22 psykiatriske tiltak.

Av 50 tiltak der spørsmålet om hvilke andre preparater som ble anvendt til nedtrapping ble besvart, brukte man ved 12 klorprotiksen og 12 alimemazin. Ved seks tiltak brukte man dixyrazin. En rekke andre preparater ble sporadisk anvendt, som levomepromazin, melperon, buspiron, hydroksizin, klorpromazin, klomethiazol, promethazin og haloperidol. Blant totalt 36 tiltak der man besvarte spørsmålet om hvilke medikamenter som eventuelt ble anvendt etter bråseponering, brukte man i den første abstinensfasen klorprotiksen eller alimemazin ved ni. Ved fem av 22 psykiatriske tiltak og 12 av 30 rusmiddeltiltak ble antidepressiver benyttet i behandlingen.

Fra 30 av 60 tiltak ble det angitt at dokumentasjon i faglitteratur var viktigste grunnlag for behandlingen som var valgt, mens fra 24 ble egne erfaringer angitt som viktigste grunn. Ved to tiltak ble tradisjon angitt som viktigste grunn, og ved to ble det oppgitt at den viktigste grunnen til at man i det hele tatt gav behandling til denne pasientkategorien, var at man følte seg presset til det.

Ved ni av 60 tiltak var det blitt foretatt evaluering eller etterundersøkelse av behandlede pasienter.

## Diskusjon

Det er betenkelig at det fra flere tiltak ble kommentert at deres egne registreringssys-

temer var så mangelfulle at det ikke lot seg gjøre å besvare spørsmålene. Å hente opplysninger fra hver enkelt journal ville være for mye arbeid, og noen valgte derfor å la være å gi tilbakemelding. Offentlige institusjoner burde ha tilfredsstillende registreringsordninger (14). Noen ledere uttrykte også uvilje mot å bruke tid på skjemaet.

Det er overraskende at bare om lag en tredel av tiltakene hadde behandlet medikamentavhengige i 1999–2000. Et usikkerhetsmoment i undersøkelsen er hvor mange tiltak blant de 36 som ikke sendte skjemaet tilbake som hadde et tilbud til medikamentavhengige.

At man har registrert så få medikamentavhengige i psykiatriske tiltak, kan skyldes underdiagnostisering.

At det fra bare 39 tiltak av 62 mulige blir angitt kjønn- og aldersfordeling, skyldes i hovedsak at registreringssystemene i institusjonene er for dårlige. Det er derfor noe usikkert om kjønn- og aldersfordelingen for de 1 090 pasientene fra disse tiltakene er helt representative for pasientpopulasjonen.

Tradisjonelt har kvinneandelen vært lav i rusmiddelinstitusjoner. I undersøkelsen var det 55% kvinner, mens kvinner har stått for omkring 70% av bruken av sovemidler og beroligende midler (13). I psykiatriske tiltak var endog kvinneandelen under 50%. Det er sannsynlig at kvinner blir underbehandlet i større grad enn menn. Kvinners avhengighetsproblemer er ofte mer skjult.

Bortimot halvparten av alle som ble behandlet for medikamentavhengighet i de 39 tiltakene der man besvarte spørsmålet var i aldersgruppen 26–40 år. Det var et fåtall personer (131) under 26 år som ble behandlet for medikamentavhengighet i toårsperioden. Mange yngre misbruker også illegale rusmidler og faller derfor utenfor denne undersøkelsen (15, 16). På tross av at flere eldre bruker beroligende midler/sovemidler jevnlig (13), var det bare 59 personer over 55 år. Det er likevel tilsomt om eldres bruk av B-preparater skaper de samme behandlingssmessige behov.

Som ventet ble diazepam rangert som det mest brukte medikamentet ved over halvparten av tiltakene. Dette preparatet har et høyt avhengighetspotensial og topper salgsstatistikken (2). Benzodiazepiner ble for øvrig angitt som den desidert mest brukte medikamentkategori blant medikamentavhengige, og bare ved hvert tiende tiltak rangerte man kodein som det mest brukte.

Ved poliklinikker anvendte man nedtrappingsregimer fremfor bråseponering i langt større utstrekning enn ved heldøgntiltak. Behandlere ved poliklinikker har sjeldnere samtaler med pasientene om abstinensreaksjoner enn behandlere ved heldøgntiltak, og pasienter og behandlere føler seg langt tryggere med nedtrapping enn bråseponering. Det ble brukt hovedsakelig nedtrappingsregimer fremfor bråseponering ved nær halvparten av heldøgntiltakene. I et tett behandlingsmiljø, spesielt i rusmiddelinstitusjoner,

kan det være komplisert at enkelte pasienter bruker vanedannende midler. Andre pasienter reagerer ofte negativt på det. Det er derfor overraskende at nedtrappingsregimer ble brukt fremfor bråseponering ved nær halvparten av heldøgntiltakene.

Hovedmålet for behandling er bedre livskvalitet. Det er likevel ulikt syn på om man oppnår dette utelukkende ved nullforbruk eller ved redusert forbruk. På tross av at det er tryggest for disse pasientene ikke å bruke avhengighetsskapende medikamenter, er det et mer differensiert syn på dette blant behandlere nå enn for få år siden. Det er en tendens i retning av skadereduserende tiltak. Dette avspeiles også i behandlernes holdning til pasientenes egne ønsker og valg. I rusmiddeltiltakene går man i mye sterkere grad inn for nullforbruk enn i psykiatrien. Dette skyldes antakelig at man i psykiatriske tiltak behandler flere medikamentavhengige med andre psykiske lidelser. For øvrig var det mangfold og ulikheter i bruk av ikke-vanedannende medikamenter i behandlingen.

Karbamazepin brukes med varierende grunnelse mot abstinenssymptomer generelt, og som ventet var dette det mest anvendte preparatet. Det sentralt virkende antiadrenergikum klonidin, som av mange blir anbefalt til abstinensbehandling, hadde overraskende liten anvendelse. I Sverige brukes dette preparatet hyppig ved behandling av medikamentavhengighet. Det er verdt å legge merke til at det ved over 40% av tiltakene ikke ble brukt medisiner utover nedtrappingsregimer.

At bare to av 61 tiltak hadde separate gruppetilbud for medikamentavhengige, gjenspeiler at disse pasientene ikke ansees som egen kategori. Derimot deltok medikamentavhengige i gruppebehandling med andre rusmiddelbrukere eller andre pasienter i de fleste institusjonene, noe som er lite hensiktsmessig og endog feilaktig i mange tilfeller. Tatt i betraktning medikamentavhengiges spesielle problemer og behandlingsbe-

hov, og at det har vært behandlet over tusen pasienter i toårsperioden, er det overraskende at ikke flere tiltak har egne tilbud (7, 8). At 55 institusjoner også tilbyr mange andre behandlingsformer, bekrefter inntrykket av at flere hjelpetiltak er viktige for denne pasientgruppen (tab 1).

Ved bare halvparten av tiltakene brukte man dokumentasjon i faglitteratur som viktigste grunnlag for behandlingen, og ved noe over en tredel av tiltakene angav man egne erfaringer som viktigste grunn for behandlingen, noe som gjenspeiler at mange behandlingsmiljøer prøver sine egne modeller. Men svært få hadde foretatt evaluering av eget arbeid med medikamentavhengige.

På grunnlag av funn i denne undersøkelsen er det riktig å hevde at vi mangler en systematisk tilnærming til valg av behandlingssopplegg for denne pasientkategorien. Det er grunn til å anbefale fagmiljøet å finne veldokumenterte egne behandlingssopplegg for medikamentavhengige, med differensiering ut fra den enkelte pasients bakgrunn og behov. Faglig utveksling, fagseminarer og forskning bør prioriteres (13). Ved mange tiltak burde registreringssystemene forbedres betydelig. Undersøkelsen viser at behandlingen i dag er spredt. God kompetanse samlet på få steder ville være å foretrekke. Det er grunn til å anbefale at det ved minst ett tiltak innen hvert helseforetak (hver region) opprettes en enhet for behandling av medikamentavhengige, slik at spesialtilbudene for disse pasientene blir mest mulig samlet. Spesialenhetene må også ha ansvar for å gi råd til allmennleger som ønsker å gi tilbud til denne pasientgruppen. Samarbeid mellom forskrivende lege og spesialenhetene bør stå sentralt. Forebygging er også viktig. Ansvar for råd og veiledning om forsvarlig forskrivningspraksis bør også tillegges spesialenhetene (17, 18). Uansett er det viktig at dette feltet blir bedre integrert i utdanningen av leger.

Vi takker medikamentteamet, Incognito Klinikk, med leder Jon Erik Bache-Wiig for god faglig bistand.

#### Litteratur

1. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
2. Legemiddelforbruket i Norge 1996–2000. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2000.
3. Lader M. History of benzodiazepine dependence. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8: 53–9.
4. Waal H, Mørland J. Rusmiddelbruk og avhengighetstilstander. Oslo: Norsk legemiddelhandbøker for helsepersonell, 2001: 1457–65.
5. Martinez-Cano H. Benzodiazepine types in high versus therapeutic dose dependence. *Addiction* 1996; 91: 1179–86.
6. Rust GS, Hatch R, Gums JG. Carisoprodol as a drug of abuse. *Arch Fam Med* 1993; 2: 429–32.
7. Hafsen K. Legemiddelavhengighet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1998.
8. Ashton H. The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994; 89: 1535–41.
9. Alexander B, Perry P. Detoxification from benzodiazepines: schedules and strategies. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8: 9–17.
10. Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. IK 2314 nr. 2 1990. Helsedirektoratets veiledningsservice. Oslo: Helsedirektoratet, 1990.
11. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelbrukere. Rusmiddeldirektoratet NIDA-Rapport nr. 1/2000. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 2000.
12. Årbok 2000–2001. Oslo: Den norske Lægeforening, 2000.
13. Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 10, 1996. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.
14. Klientkartleggingskjema til bruk for tiltak i rusfeltet. Veiledning. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 2001.
15. Lavik NJ, Rud MG. Blandingsmisbruk av rusmidler blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 2748–9.
16. Pedersen W. Ungdoms bruk av psykofarmaka – selvmedikasjon og rus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 1905–8.
17. Piller på aveier. Stavanger: Rogalandsforskning, 1996/97.
18. Straand J. To prescribe or not to prescribe – drug prescription studies from general practice. *Nor J Epidemiol* 1999; 9 (suppl 2): 117–24.