

Er medikamentassistert rehabilitering effektivt, og er pasientenes rettigheter etter lovverket ivaretatt i dette opplegget?

## Metadonbehandling som monopol

Medikamentassistert rehabilitering har utløst et aldri så lite jordskjelv i behandlingen av rusmiddelavhengige i Norge. Behandlingen er endret fra ensidig vektlegging av medikamentfrie, sosialfaglig dominerte tiltak til mer medisinsk orientert behandlingsopplegg. Politikerne har vært pådrivere for medikamentassistert rehabilitering og i arbeidet med å sikre rusmisbrukere fulle pasientrettigheter. Antall pasienter som er godkjent for behandling, er blitt langt høyere enn det man hadde trodd på forhånd, til tross for at kriteriene er blant de strengeste i verden. Kommunenes helse- og sosialtjeneste ble så å si tatt på sengen, fordi kravene til oppfølging og behandling i pasientens nærmiljø nå er mer omfattende og krevende enn tidligere. Effekten av medikamentene er uavhengig av psykososial støtte, men tilbakefallsprosenten er foruroligende høy når den psykososiale støtten er liten (1).

Endringer i lovverket har virket i samme retning. Fra 1.1. 2004 er all spesialisert rusomsorg blitt helseforetakenes ansvar, og Stortinget har presisert at pasientrettighetsloven også gjelder for mottakere av slik behandling. Fastlegens rolle er blitt tydeligere, men arbeidsredskapene for legene er ikke godt nok utviklet. En del fastleger har startet egne substitusjonsopplegg ved siden av den offisielt aksepterte behandlingen. Dermed har de brutt det monopoliet på opiatbehandling av narkomane som tiltakene innen medikamentassistert rehabilitering skal ha. Det foreligger ingen dokumentasjon på effekter og eventuelle skadevirkninger av slike egne opplegg. Forholdet til pasientrettighetslovens krav om individuelt tilpasset behandling og pasientmedvirkning må også vurderes når tilsynsmyndighetene skal gå disse oppleggene etter i sømmene, det er for snevert kun å vurdere dem ut fra forskrifter og faglige veiledere. Det er derfor behov for å beskrive tilstanden i hele feltet av medikamentell behandling av narkomane, både i og utenfor tiltakene.

Hva vet vi så? Det er tidligere påvist betydelige samfunnsøkonomiske besparelser knyttet til medikamentassistert rehabilitering (2). I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to undersøkelser. Ravndal & Lauritsen (1) viser at 75 misbrukere i metadontiltaket i Oslo gjennom en toårsperiode reduserte opiatmisbruket og var mindre involvert i kriminalitet og prostitusjon, mens det var lite endringer i øvrig rusbruk og en økning i depresjonssymptomer. Forfatterne konkluderer med at den psykososiale oppfølgingen ikke er blitt god nok fordi behandlingsskapet er for liten i forhold til antall pasienter som har fått tilbud om behandling. Kornør & Waal (3) baserer seg på et evalueringsskjema som hvert år blir fylt ut for alle pasienter i metadonassistert rehabilitering. De har sett på metadondose i relasjon til bosted og heroinmisbruk i forhold til metadondose. I et internasjonalt perspektiv hadde pasientene et generelt høyt dose-nivå, lang behandlingsvarighet og gode behandlingsresultater.

En mer omfattende evaluering av systemet, blant annet gjennom bruk av data fra slike skjemaer, imøteses med spenning. Ikke minst vil sammenlikninger mellom pasientene i de forskjellige tiltakene være viktig. Det er store forskjeller i organisering og oppfølging. Resultater det i forskjeller i helse og mestring hos pasientene?

Substitusjonsbehandlingen gjør pasienten mer tilgjengelig for behandling av somatisk sykdom, som hepatitt C og tannråte. Det åpner også for kartlegging og behandling av underliggende hjerneorganiske lidelser som AD/HD, psykiatriske lidelser og personlig-

hetsforstyrrelser. Helseforetakene må være særlig oppmerksom på dette når de organiserer spesialisthelsetjenesten til rusmisbrukere. Altfor lenge er altfor mange pasienter blitt behandlet for et symptom (rusmisbruk) uten at medvirkende tilstander (hjerneorganisk lidelse, psykiatrisk lidelse) er blitt godt nok avdekket.

Rehabilitering er det eneste godkjente mål for den medikamentelle behandlingen av opiatmisbrukerne i Norge – skadereduksjon og reduksjon av lidelser og plager hos pasient og pårørende er det ikke. Dette setter denne medisinske behandlingen i en særstilling og begrenser pasientenes rettigheter til behandling. Ved andre kroniske lidelser er lindring i seg selv en aktverdig indikasjon. Det offisielle målet for medikamentell behandling av opiatmisbrukerne står i mange tilfeller i motstrid til situasjonen slik den oppleves av dem som arbeider i feltet til daglig. En betydelig andel av pasientene er så svaktfungerende at det er habilitering de trenger. De må lære ferdigheter helt fra bunnen av, noe som er en omfattende og tidkrevende prosess. De pasientene som har aller dårligst funksjon, makter ikke de krav som stilles til dem i den medikamentassisterte behandlingen, og den kommunale helse- og sosialtjenesten har ofte ikke tilstrekkelige tiltak å sette inn. Disse pasientene blir ikke sjelden utskrevet fra behandling, slik at sosialtjenesten og fastlegen blir sittende igjen med ansvaret. Fordi regelverket bare har rehabilitering som indikasjon for opiatbehandling av narkomane, står det kommunale behandlingsapparatet ofte nokså maktesløst. Dermed blir det i siste instans pasienten selv som må bære byrden ved å mislykkes i behandlingen.

Dette etiske og medisinske dilemmaet trenger kommunene hjelp til å løse. En mulighet er å endre regelverket slik at det kommunale sosial- og omsorgsapparatet, sammen med fastlegen, får anledning til å iverksette skadereduserende behandling uavhengig av systemet. Et annet alternativ er å utvide tiltakenes formelle virkeområde til også å gjelde denne pasientgruppen. Dette kan skape et «A-lag», der rehabiliteringsressursene settes inn, og et «B-lag», som bare får sin medisin utlevert. Til en viss grad skjer dette allerede i dag.

Medikamentell rehabilitering av opiatavhengige er fremdeles i sin barndom i Norge. Så langt er det avdekket en lang rekke medisinske, etiske og juridiske problemer som må løses dersom alle tunge misbrukere skal få et individuelt tilpasset tilbud i tråd med sine pasientrettigheter.

### Dagfinn Haarr

dagfinn.haarr@sentrum-legesenter.no

Dagfinn Haarr (f. 1952) er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Han er fastlege og assisterende kommuneoverlege i Kristiansand og spesielt interessert i fastlegens rolle i behandlingen av tunge rusmisbrukere.

**Oppgitte interessekonflikter:** Forfatteren har mottatt reisebidrag fra Schering-Plough.

### Litteratur

1. Ravndal E, Lauritsen G. Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 329–31.
2. Andresen K, Jentoft N. Nytte-kostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige i Vest-Agder. FoU Rapport nr. 8/2002. Kristiansand: Agderforskning, 2002.
3. Kornør H, Waal H. Metadondose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 332–4.