

# Opioidbehandling av rusmiddelavhengige i en allmennpraksis

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Vi beskriver en metode for mottak av rusmiddelavhengige pasienter i allmennpraksis der medisinerer med opioider benyttes, og vi refererer en forløpsstudie av 146 injiserende opioidmisbrukere.

**Materiale og metode.** Undersøkelsen omfatter samtlige injiserende opioidmisbrukere som har fått forskrevet opioider av førsteforfatter i tidsrommet 1.8. 1997–1.8. 2006. Metoden er gjennomgang av journaler og telefonkontakt. Vi har registrert dødelighet, behandlingsstatus og inntektsstatus hos samtlige pasienter.

**Resultater.** Dødeligheten var lav under opioidbehandling, ved både behandling i regi av fastlege alene (0,5 % per år) og i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1,3 %). Ingen overdosedødsfall ble registrert under behandlingen hos fastlege alene. Uten opioidbehandling var dødeligheten 5,1 %. 97 % av pasientene var i en eller annen form for oppfølging ved observasjonstidspunktet. Over halvparten av pasientene hadde hatt mer enn en forskrivningsperiode med opioider hos fastlege. Urinprøver viser lavt illegalt inntak av opioider (18 % positive prøver) under behandlingen. Inntektsforholdene til pasientene skiftet i stor grad fra sosialhjelp til andre ytelser i observasjonsperioden som tegn på at den totale innsatsen overfor denne pasientgruppen har positive effekter over tid.

**Fortolkning.** Fastlegen har en sentral rolle ved mottak av pasienter og i behandlingsforløpet. Stabilisering med opioider i regi av en interessert fastlege har i denne studien vist seg ufarlig og bidrar til behandling og rehabilitering.

Opgitte interessekonflikter:  
Se til slutt i artikkelen

## Dagfinn Haarr

*dagfinn.haarr@sentrum-legesenter.no*  
Sentrum legesenter  
Henrik Wergelands gate 4  
4612 Kristiansand

## John Nessa

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

Opioidmisbruk er en lidelse med høy sykkelighet og dødelighet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med metadon eller buprenorfin (Subutex) i høydose kan redusere dødeligheten (1). Det er antatt at årlig dødelighet er rundt 1–2 % hos LAR-pasienter, men 5 % eller høyere blant opioidmisbrukere som er skrevet ut av LAR-behandling ufrivillig (2–4). Forskrivning av LAR-medikamenter skjer dels på spesielle sentre, dels i regi av fastleger etter at pasientene er godkjent for slik behandling av spesialisthelsetjenesten. Både nasjonalt (5) og internasjonalt (6, 7) er det vist gode resultater når allmennpraktikere er ansvarlig for substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin innenfor offisielle programmer. Imidlertid skriver allmennleger ut opioider og andre avhengighetsskapende medikamenter til rusmiddelavhengige også utenom godkjente behandlingsprogrammer. Omfanget og effekten av denne forskrivningen er ukjent.

Gjeldende regler setter begrensninger for slik forskrivning (8). Andersen viser positive korttidseffekter på rehabilitering under forskrivning av morfinulfat i allmennpraksis (9). En undersøkelse fra Oslo fra 1990-årene viser at allmennlegene den gang i stor grad skrev ut benzodiazepiner til opioidavhengige (10).

Førsteforfatter har i sin allmennpraksis siden 1997 hatt kontakt med 240 pasienter med rusmiddelproblemer av forskjellig art. Listen er stengt med et tak på 500 pasienter, herav utgjør rusmiddelavhengige en tredel.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive arbeidsmetodikken i denne allmennpraksisen ved mottak av nye pasienter med opioidavhengighet som hoveddiagnose og som kan være aktuelle for LAR-behandling. Ved å beskrive både klinisk arbeidsform og enkelte behandlingsresultater for denne tidsperioden, ønsker vi å bidra til å dokumentere sikkerhet og nytteverdi av en liberal forskrivningspraksis av opioider som et virkemiddel i behandlingsskjeden for denne pasientgruppen.

## Materiale og metode

Nye pasienter i praksisen gjennomgår et fast opplegg (ramme 1) (11).

Forløpsstudien omfatter samtlige pasienter i førsteforfatters allmennpraksis som injiserte illegalt ervervede opioider, og som har fått forskrevet opioider av førsteforfatter i perioden 1.8. 1997 og 1.8. 2006. Pasientene måtte ha påbegynt behandlingen før 1.5. 2006 for å bli inkludert. Pasientdata er registrert i et elektronisk journalsystem. Data er hentet ut retrospektivt ved gjennomgang av alle journaler og ved telefonkontakt med pasienter som hadde forlatt praksisen før 1.8. 2006. Pasientenes forløp er fulgt fra tidspunkt for første forskrivning av opioider til død eller til 1.8. 2006.

## Resultater

Total observasjonstid (146 pasienter) er 574 pasientår. Gjennomsnittsalder ved inklusjon var 39 år, det var 70 % menn, og 86 % hadde antistoff mot hepatitt C-virus. Gjennomsnittlig observasjonstid per pasient er 3,9 år. Gjennomsnittlig behandlingstid med opioider utenom LAR var 15 måneder med buprenorfin, åtte måneder med morfinulfat. 77 pasienter (53 %) har hatt mer enn en behandlingsperiode. Det var 11 døde i perioden, svarende til 1,9 per hundre pasientår (tab 1).

Av de gjenlevende 135 sto 109 fortsatt på listen hos førsteforfatter 1.8. 2006. Av dem var 131 (97 %) i en eller annen form for behandling eller oppfølging ved observasjonstidspunktet (tab 2).

I alt 135 av pasientene (92 %) fikk etablert tverrfaglig ansvarsgruppe, med deltakelse fra sosialtjenesten og andre samarbeidspartnere.

I behandlingsavtalen inngår urinprøvekontroller som en indikator på rusmestring. På grunn av begrensninger i analysemetodikken gjelder urinprøveresultatene kun buprenorfinbehandlede pasienter, i alt 2893 urinprøver avlagt av 114 personer. Totalt var

## Hovedbudskap

- Injiserende opioidmisbrukere trenger ofte flere behandlingsforsøk for sin rusmiddelavhengighet
- Langsiktig oppfølging i regi av fastlege kan gi positiv effekt på dødelighet og sosiale forhold
- Opioidbehandling i regi av fastlege har i denne studien vist lav dødelighet og lite illegal rusing på opioider

18% av prøvene positive med henblikk på illegale opioider.

Et mål for hvorledes det har lyktes å rehabilitere/stabilisere pasientene, er endring i inntektskilde (tab 3). De fleste kom bort fra sosialhjelp i perioden.

### Diskusjon

En allmennpraksis som består av 30% rusmiddelavhengige pasienter, er påfallende og trenger ikke være uttrykk for god kvalitet på behandlingen. Det kan være uttrykk for en ukritisk forskrivningspraksis og manglende styring med en utfordrende pasientgruppe. Men det kan også være uttrykk for at man har bygd opp et behandlingstilbud som fungerer og som medfører at pasienter både rekrutterer til og forblir i praksisen. Den meget lave listelengden gjenspeiler praksisens uvanlige pasientprofil.

Gjennomsnittlig observasjonstid i dette materialet er 3,9 år og kun fire pasienter var uten en eller annen form for behandling ved observasjonstidspunktet. Verdien av tallene er usikre, men indikerer etter vårt skjønn at den totale behandlingsspakken som tilbys, fungerer etter hensikten. Elementene i behandlingstilbudet er også sammenfallende med de faktorene som Gerada angir som faktorer som forbedrer retensjonsraten (12).

### Dødelighet

Vi presenterer tall som ikke tidligere er kjent fra norske forhold fra en pasientgruppe som har fått opioidbehandling utenom de offentlige behandlingsprogrammene. Er disse pasientene representative? Følgende taler for at denne pasientgruppen er nokså lik andre grupper av injiserende opioidmisbrukere: Alle oppga å være dagligbrukere av illegale opioider (vesentlig heroin) intravenøst ved behandlingstart. Alders- og kjønnsfordelingen samsvarer med de første LAR-pasientene fra Oslo (13). Hepatitt C-antistoff påvises hos 86% av pasientene som tegn på utbredt sprøytedeling og dårlig sprøye hygiene. Kun tre personer var i inntektsgivende arbeid ved behandlingstart, og over halvparten levde på sosialhjelp, noe som samsvarer godt med pasientene til Kristensen og medarbeidere (14). I løpet av studien er 115 pasienter blitt godkjent for legemiddelassistert rehabilitering. Dødelighetstallene under LAR-behandling (1,3%) og uten opioidbehandling (5,1%) i vårt materiale er sammenfallende med resultater fra andre undersøkelser. Dette, kombinert et høyt antall pasienter og lang observasjonstid, tilsier at våre observasjoner av den meget lave dødeligheten under opioidbehandling hos fastlege (0,5%), må kunne tillegges vekt. Valget av det lite giftige buprenorfin i lave doser som førstehåndspreparat kan ha bidratt til at vi ikke har sett overdosedødsfall under opioidbehandling hos fastlege.

### Effekt på rehabilitering og illegal rusing

Vi finner støtte i en svensk studie (15) for å anta at selve den medikamentelle behandlingen

**Tabell 1** Dødsårsaker og behandlingsstatus blant 146 rusmiddelavhengige pasienter behandlet i en allmennpraksis i tiden 1.8. 1997–1.8. 2006

| Gruppe                                  | 1                                      | 2                                  | 3                     |
|---|--|------------------------------------|-----------------------|
|   | Under opioidbehandling hos allmennlege | Under LAR <sup>1</sup> -behandling | Uten opioidbehandling |
| Observasjonstid                         | 204 personår                           | 234 personår                       | 136 personår          |
| Forgiftningsdødsfall (overdosedødsfall) | –                                      | 1                                  | 6                     |
| Andre dødsfall (død av andre årsaker)   | 1                                      | 2                                  | 1                     |
| Antall                                  | 1                                      | 3                                  | 7                     |
| Dødelighet (per 100 personår)           | 0,5                                    | 1,3                                | 5,1                   |

<sup>1</sup> Legemiddelassistert rehabilitering

**Tabell 2** Status per 1.8. 2006 for 135 gjenlevende rusmiddelavhengige pasienter behandlet i en allmennpraksis i tiden 1.8. 1997–1.8. 2006. (Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende)

| Behandlingsstatus  | I alt |
|--|-------|
| Totalt godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (LAR)         | 115   |
| <i>Herav i gang med legemiddelassistert rehabilitering</i>           | 87    |
| Medikamentfri, rusfri  | 10    |
| I opioidbehandling utenom legemiddelassistert rehabiliteringsprogram | 26    |
| <i>Herav tidligere i behandling i spesialisthelsetjenesten</i>       | 16    |
| Aktivt rusende, ikke i behandling                                    | 4     |
| <i>Herav tidligere behandlet i spesialisthelsetjenesten</i>          | 3     |
| Annen medikamentell behandling hos fastlege                          | 8     |
| <i>Herav tidligere behandlet i spesialisthelsetjenesten</i>          | 6     |

**Tabell 3** Endring i inntektskilde blant 146 rusmiddelavhengige pasienter behandlet i en allmennpraksis i tiden 1.8. 1997–1.8. 2006

|   | Ved behandlingstart (N = 146) | 1.8. 2006 (N = 135) | Endring (antall) |
|---|-------------------------------|---------------------|------------------|
| Uførepensjon                                | 42                            | 67                  | +25              |
| Rehabiliteringspenger/yrkesrettet attføring | 15                            | 40                  | +25              |
| Sosialhjelp                                 | 86                            | 17                  | -69              |
| I inntektsgivende arbeid                    | 3                             | 11                  | 8                |

gen er sentral når pasientene i stor grad er kommet videre i permanente tiltak. Kakko og medarbeidere fant i en placebokontrollert studie med buprenorfin at 75% av pasientene i buprenorfingruppen fortsatt var i omfattende psykososial behandling etter ett år mot ingen i placebogruppen.

Målet med urinprøvetaking er å dokumentere graden av illegal rusing, først og fremst på opioider. Under LAR-behandling i Norge er det rapportert om 77% opioidfrie prøver (14), mot 82% i vår pasientgruppe. Ettersom urinprøveresultater i vår studie ikke har gitt grunnlag for negative sanksjoner, og ettersom de aller fleste urinprøvene er avgitt observert, er det grunn til å stole på resultatene. Disse viser at intensjonen om stopp i illegalt opioidinntak i stor grad blir oppfylt. Gerada gir støtte for å hevde at kontroll uten negative sanksjoner er nyttigere for pasienten enn kontroll med sanksjoner (12).

Et omfattende tverrfaglig samarbeid er

nødvendig for å hjelpe pasientene videre. I denne populasjonen ble det etablert ansvarsgruppe rundt samtlige pasienter der dette ble vurdert som nødvendig. Medisineringen hos fastlege har etter våre erfaringer vært et viktig bidrag i å mobilisere det tverrfaglige nettverket, blant annet fordi det var et krav for å få medikament at pasientene gjorde sin del av jobben med å få etablert ansvarsgrupper og gjennomføre tiltaksplaner.

Pasientene kom i stor grad videre i annen behandling, men noen pasienter mislykkes og går tilbake til fastlegen for å stabiliseres for nye behandlingsforsøk. Totalt 77 pasienter har hatt mer enn en behandlingsperiode med opioid hos fastlege. Dette er en viktig observasjon: Denne pasientgruppen trenger ofte mange behandlingsforsøk, og fastlegen kan være en nyttig «mellomstasjon» for å unngå ytterligere nederlag og redusert funksjon og helsetilstand i ventetiden på neste behandlingsforsøk.

## Ramme 1

Alle nye rusmiddelavhengige pasienter blir kartlagt etter et standardisert opplegg. Det tas opp en grundig anamnese der det særlig legges vekt på sosiale og økonomiske forhold, rushistorie, kriminalitet, tidligere behandling av rusproblemet, tidligere sykdommer, kroniske sykdommer og tannstatus. Det gjøres en enkel somatisk undersøkelse inklusive høyde og vekt. Videre tas hiv- og hepatitt-serologisk test samt en rekke klinisk-kjemiske prøver. Spirometri utføres på samtlige. Ved første konsultasjon lages et utkast til en enkel tiltaksplan der det legges vekt på bolig, arbeid/aktivitet, nettverk, familie/barn, kultur og fritid, økonomi, helse og behov for spesialisthelsetjenester. Det tas initiativ til å få etablert en tverrfaglig ansvarsgruppe og et raskt møte i gruppen med fastlegen til stede

Rask intervensjon i form av opioidbehandling benyttes hos utvalgte pasienter der opioidproblemet er dominerende ut fra anamnesen. Formålet er kriseintervensjon og livreddende behandling og nedtrapping til medikamentfrie behandlingsalternativer eller legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Parallelt med dette er medikamentene også blitt benyttet med et mer langsiktig siktemål: Til å redusere forbruk av illegale rusmidler, til å sette pasientene i stand til å motta nødvendig helsehjelp og til å etablere en behandlingsallianse som kan gjøre rehabilitering mulig. Primært velges lavdose (2,8–4 mg) buprenorfin i form av Temgesic da dette opioidet er likeverdig med lavdose metadon (11) og har lav giftighet. Utvalgte pasienter har fått forskrevet langsamtvirkende morfinulfat (Dolcontin) i høyere doser (300–600 mg). Gjeldende utleveringsbestemmelser har styrt medikamentvalget, da Subutex og metadon ikke har vært tillatt gitt i opplegg utenom LAR. All medisinerings med opioider skjer i henhold til skriftlig, vanligvis tidsavgrenset avtale. Avtalen forlenges dersom behandlingen synes å ha effekt og i ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten. Ukentlige observerte urinprøver er en del av avtalen.

Vi fant en betydelig overgang fra sosialhjelp til trygdeytelser av forskjellige slag. Antallet som lever på egen arbeidsinntekt er nesten firedoblet. Totaltallet er lavt, noe som avspeiler at disse pasientene er meget krevende å rehabiliterer. Vi har ikke sett på hvor i behandlingsforløpet endringen kommer, fordi det ikke er formålet med denne studien. Vi mener at resultatene i tabell 2 og 3 gir grunn til optimisme når det gjelder hva denne pasientgruppen kan oppnå av bedre leve-

utsikter og trygg økonomi ved en samlet innsats av mange aktører, men der en interessert fastlege er en sentral pådriver og koordinator i arbeidet.

### Svake og sterke sider ved undersøkelsen

Dette er en rent deskriptiv studie, med de begrænsninger som ligger i å oppnå empirisk dokumenterte funn. Det er et problem at hele materialet stammer fra praksisen til en enkelt fastlege. Generaliserbarheten til vanlig allmennpraksis blir dermed problematisk. Vi mener likevel at vi presenterer en metodikk og behandlingsresultater som kan bidra til å utvide allmennlegers interesse for å arbeide mer omfattende med denne pasientgruppen.

Vi anser det som sterke sider at undersøkelsen omfatter såpass mange opioidmisbrukere og såpass lang observasjonstid, at den er utført i allmennpraksis og at det har vært mulig å få en oversikt over inntekts- og behandlingsstatus for samtlige pasienter per 1.8. 2006. Vi mener også at det er en sterk side ved undersøkelsen at den presenterer tall på død under opioidbehandling hos fastlege utenom legemiddelassistert rehabilitering som tidligere ikke er kjent.

### Konklusjon

Vi beskriver en arbeidsform ved mottak av nye rusmiddelavhengige pasienter i allmennpraksis som raskt gir god oversikt over pasientens medisinske og sosiale situasjon og som aktivt bidrar til å etablere et tverrfaglig samarbeid rundt pasientene. Studien viser at opioidmedisinering av et stort antall rusmiddelavhengige pasienter er gjennomført i allmennpraksis med meget lav totaldødelighet og ingen overdosedødsfall og med et lavt inntak av illegale opioider. Studien viser videre at de aller fleste pasientene fortsatt er i en eller annen form for behandling/oppfølging ved observasjonstidspunktet, og at deres inntektsforhold langt på vei er sikret. Vi ser også at mange pasienter mislykkes i behandling i spesialisthelsetjenesten. Vi mener at fastlegen har en viktig rolle i å stabilisere for og ta initiativ til nye behandlingsforsøk.

Vår konklusjon er at fastlegen kan ha en sentral rolle både ved mottak av pasienter og senere i behandlingsforløpet. Stabilisering med opioider i regi av en interessert fastlege har i denne studien vist seg ufarlig og kan bidra til å få pasientene videre i behandling og rehabilitering.

**Oppgitte interessekonflikter:** Dagfinn Haarr har ved to anledninger mottatt reisetilskudd til kongresser fra Schering-Plough som markedsfører Temgesic og Subutex. John Nessa har ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Waal H, Blix O, Krook A et al. Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 237–41.
2. Zanis DA, Woody GE. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. Drug Alcohol Depend 1998; 52: 257–60.

3. Hansen MB, Kornør H, Waal H. Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. SKR-rapport nr. 7/2004. Oslo: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo, 2004.
4. Scherbaum N, Specka M, Hauptmann G et al. Does maintenance treatment reduce the mortality rate of opioid addicts? Fortschr Neurol Psychiatr 2002; 70: 455–61.
5. Skeie I, Brekke M, Lindbæk M et al. Allmennleger kan ta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 296–7.
6. Keen J, Oliver P, Rowse G et al. Does methadone maintenance treatment reduce the mortality rate of opioid addicts? A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. Med J Aust 2003; 179: 38–42.
7. Vanedannende legemidler, forskning og forsvaret. Rundskriv IK-2755/2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
8. Andersen HT. Regelmessig forskrivning av A- og B-preparater til rusavhengige i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1202–4.
9. Sohlberg C. Stoffmisbrukere bedre-verre enn sitt rykte? Oslo: Miljøetaten, Seksjon for tiltak mot AIDS, 1993.
10. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphin maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. I: Cochrane Collaboration. Cochrane Library. Issue 3. Chichester: John Wiley, 2004.
11. Gerada C. Practical aspects of methadone treatment. I: Gerada C, red. RCGP Guide to the management of substance misuse in primary care. London: The Royal College of General Practitioners, 2005.
12. Ravndal E, Lauritzen G. Opioidmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 329–31.
13. Kristensen Ø, Espegren O, Åsland R et al. Buprenorfin og metadon til opioidavhengige – en randomisert studie. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 148–51.
14. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ et al. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. Lancet 2003; 361: 662–8.

Manuskriptet ble mottatt 22.10. 2006 og godkjent 16.5. 2007. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.

**SELSKAPSLOKALER  
DRAMMENSVEIEN 44 AS**

---

**Doktormiddag / selskaper  
kurs og konferanser**

tlf.: 22 44 06 44 faks: 22 44 86 92  
**www.selskapslokaler.oslo.no**