

Allmennleger kan ta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering

Sammendrag

Bakgrunn. I Gjøvik har allmennlegene stått særlig sentralt i legemiddelassistert rehabilitering av heroinavhengige. Vi har sammenliknet resultatene av behandlingen i Gjøvik med behandlingsresultatene i resten av landet bedømt etter hvor stor del av pasientene som fortsetter i behandling (retensjon), grad av behandlerkontakt og resultater for sosial rehabilitering og rusmestring.

Materiale og metode. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo, leder hvert år en landsdekkende registrering av situasjonen for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Datagrunnlaget for studien er registreringer for 2003.

Resultater. Retensjonen er signifikant høyere i Gjøvik. Legene har mer kontakt med pasientene enn det som er vanlig ellers i landet, mens kontakten med kommunal sosialkonsulent og bruk av ansvarsgrupper er på landsgjennomsnittet. Kontakten med rusbehandlingens annenlinjetjeneste er mindre. Resultatene for sosial rehabilitering og rusmestring skiller seg lite fra landsgjennomsnittet.

Fortolkning. Studien viser at resultatene når det gjelder sosial rehabilitering og rusmestring i Gjøvik gjennomgående er på nivå med landsgjennomsnittet, selv om retensjonen er signifikant høyere. Dette kan tyde på at legemiddelassistert rehabilitering kan fungere like bra i områder med stor delegering av ansvar til fastleger og kommunal sosialtjeneste som i områder med en mer spesialistbasert modell.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ivar Skeie

ivskeie@online.no
Åslundmarka Legesenter
2827 Hunndalen

Mette Brekke Morten Lindbæk

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Helge Waal

Psykiatrisk institutt
Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer
Universitetet i Oslo

Legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige ble innført som landsdekkende behandlingstilbud i 1998. Behandlingen er tverrfaglig og involverer både den kommunale helse- og sosialtjenesten (førstelinen) og den spesialiserte tverrfaglige rusbehandlingstjenesten (annenlinjen), gjerne i form av egne team i helseforetakene. Det har utviklet seg viktige forskjeller i behandlingen i ulike deler av landet (1, 2). Forskjellene gjelder blant annet i hvilken grad behandlingsansvaret er delegert til kommunal sosialetat og fastleger. Allmennlegenes rolle er viktigere i Gjøvik enn det som er vanlig ellers i landet. Organiseringen av den legemiddelassisterte rehabiliteringen er under vurdering (3), og vi vil i denne artikkelen presentere erfaringene fra Gjøvik.

Materiale og metode

Gjøvik har 28 000 innbyggere. Byen har lenge hatt et miljø med tungt heroinmisbruk, og legemiddelassistert rehabilitering ble startet i 1999. Ved utgangen av 2003 var 29 pasienter inkludert, ved utgangen av 2005 var det 48. Tre pasienter som hadde vært utskrevet, var tatt inn igjen.

I byen var det ett legesenter som tidlig utviklet spisskompetanse på denne behandlingen. De første årene startet alle aktuelle pasienter sin behandling der. Planen var at de fleste skulle videreføres til andre leger etter stabilisering, men dette viste seg vanskelig. De siste årene har derfor flere begynt behandlingen hos sin fastlege. Fremdeles har to tredeler av pasientene i legemiddelassistert rehabilitering sin fastlege ved dette ene senteret og får behandling der, resten får behandling hos andre fastleger.

Allmennlege har forskrevet substitusjonsmedikamentet fra første dag. Utlevering og observert inntak av medikamentet har skjedd i legesenteret i oppstartingsfasen og ved senere ustabile perioder, ellers i apotek.

Urinprøver er tatt ved legesentrene. Tilknytningen til annenlinjen har i hovedsak foregått gjennom ruspoliklinikkene. I fylket var det frem til 2005 én person med koordinerende oppgaver innen legemiddelassistert rehabilitering.

Med utgangspunkt i de landsomfattende behandlingsresultatene for 2003 (1) har vi sammenliknet pasientene i Gjøvik med pasientene i resten av landet. Svarandelen var 78 % for landet som helhet og 100 % for Gjøvik.

Resultater

Gjøvik har en retensjon (dvs. andelen pasienter som viderefører behandlingen) på 93 % for perioden 1999–2003, mot 77 % i resten av landet (tab 1).

Ingen av pasientene i Gjøvik hadde hatt kontakt med fylkets konsulent for legemiddelassistert rehabilitering de fire siste uker før registrering, mot 43 % i landet ellers. 26 % hadde hatt kontakt med behandler ved ruspoliklinikken, mot 12 % på landsbasis. Samlet er kontakten med annenlinjetjenesten lavere i Gjøvik enn det som er gjennomsnittet for landet. Kontakten med forskrivende lege er imidlertid dobbelt så høy i Gjøvik, med 78 %, mot 39 % for hele landet. Forskjellen i kontakt med kommunal sosialkonsulent er liten (Gjøvik 56 %, mot 62 % for hele landet), det samme gjelder ansvarsgrupper (Gjøvik 52 %, mot 58 % for hele landet).

I Gjøvik er det en høyere andel på aktive trygdeytelser enn landsgjennomsnittet (e-tab 2). Andelen som har sosialhjelp som viktigste inntekt er lavere enn landsgjennomsnittet, mens andelen i egen bolig er høyere.



Hovedbudskap

- I Gjøvik har allmennlegene vært mer sentrale i legemiddelassistert rehabilitering enn det som er vanlig i Norge
- Andelen av pasienter som fortsetter i behandling er høyere her enn landsgjennomsnittet, mens resultatene for sosial rehabilitering og rusmestring er på landsnivå
- Legemiddelassistert rehabilitering med stort ansvar delegert til fastleger og kommunal sosialtjeneste kan fungere like godt som mer spesialistbaserte modeller

Tabell 1 Retensjon i behandling: Andel pasienter som startet legemiddelassistert rehabilitering for første gang hvert år fra 1999 til 2003 og som fortsatt var i behandling 31.12. 2003 (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	1999–2003
Gjøvik	4/4 (100)	4/5 (80)	9/10 (90)	4/4 (100)	6/6 (100)	27/29 ¹ (93)
Norge	367/538 (68)	292/423 (69)	438/576 (76)	440/596 (74)	594/710 (84)	2 128/2 749 (77)

¹ Signifikant høyere enn resten av landet ($p = 0,03$)

Tabell 3 Registrert rusatferd siste fire uker, fordelt på forskjellige variabler for rusmestring, i 2003. N er summen av antall pasienter i behandling 31.12. 2003 og antall som avsluttet behandlingen eller døde i løpet av 2003. Svarprosenten er 78 for hele landet og 100 for Gjøvik

	Gjøvik N = 27 (%)	Norge N = 2 783 (%)
Injisert fire siste uker	2 (7)	327 (18)
Opioider i urinprøve fire siste uker	5 (19)	252 (13)
Benzodiazepiner i urinprøve fire siste uker (legalt forskrevet benzodiazepin ikke tatt med)	6 (23)	601 (31)
Tilfredsstillende rusmestring fire siste uker	22 (81)	1 464 (70)
Dårlig rusmestring fire siste uker eller utskrevet i løpet av året på grunn av vedvarende rusmisbruk	5 (19)	634 (30)
Forskjellene er ikke signifikante		

Gjøvik skårer lavere enn gjennomsnittet på «ingen tegn til rusing ut fra urinkontroller eller klinisk vurdering» (beste alternativ) (tab 3). For «enkelstående, mindre betydningsfulle rusepisoder» (nest beste alternativ) skårer Gjøvik høyere. Summen av disse to alternativene, som vurderes som tilfredsstillende rusmestring, avviker ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet.

Diskusjon

Allmennlegens rolle og ansvar i legemiddelassistert rehabilitering er under vurdering (1–3). Studien viser at behandlingsresultatene i Gjøvik, med fastleger og kommunale ruskonsulenter i svært sentrale roller, ligger på eller over landsgjennomsnittet.

Lite kontakt med konsulenten for legemiddelassistert rehabilitering (spesialisthelsetjenestenivå) følger av organiseringen i Oppland. Kontakten med forskrivende lege er høyere i Gjøvik. Denne forskjellen kan modifiseres noe ved at kontakt med fastlege ikke er registrert i deler av landet med sentralisert forskrivning av substitusjonsmedikamentet.

Legemiddelassistert rehabilitering bygger på en forståelse av opioidavhengighet som en kronisk sykdom, og siktemålet er livslang behandling. Retensjonen er derfor en viktig evalueringssvariabel. Nasjonale data viser svært høy retensjon i Norge sammenliknet med andre land (4, 5). Det er imidlertid betydelige regionale forskjeller, og Gjøvik er blant de stedene med høyest retensjon. Trass i dette er den sosiale rehabiliteringen her på nivå med eller bedre enn landsgjennomsnittet. Også når det gjelder rusmestring ligger Gjøvik nær landsgjennomsnittet, selv om altså pasienter med mangelfull rusmestring i stor grad er beholdt i behandlingen.

Undersøkelsen har enkelte svakheter. En

reliabilitetsstudie av skjemaet som brukes i den årlige statusundersøkelsen, er gjennomført i Oslo og Gjøvik i 2004. Den viste svakheter ved måleegenskapene til enkelte variabler. Dessuten er antallet pasienter i Gjøvik lite, noe som gjør det vanskelig å finne signifikante forskjeller.

Vi har sammenliknet Gjøvik med totaltall for resten av landet. Statusundersøkelsen i 2003 viser at det er store forskjeller i behandlingsresultater de ulike landsdelene imellom (1). Landstallene er derfor gjennomsnittsverdier og skjuler betydelige regionale forskjeller. Disse forhold gjør at man må vurdere funnene med forsiktighet.

Fra allmennlegehold har det vært en viss skepsis til at fastlegene skulle få for stort ansvar overfor denne pasientgruppen. Holdningen til Allmennlegeforeningen er at oppgaver som direkte observert medikamentinntak og urinprøvetaking under overvåking ikke hører til blant naturlige fastlegeoppgaver (6). Legenes begrensede behandlingstilrettelegging og -ansvar kan også være problematisk (6). Erfaringene fra Gjøvik er imidlertid at motiverte fastleger kan ha en viktig funksjon.

Det foreligger studier av allmennlegebaserte substitusjonsprogrammer fra Storbritannia (7), Frankrike (8), Sveits (9), Australia (10) og USA (11). Disse trekker i retning av at resultatene ikke er dårligere enn i spesialistbaserte programmer. I flere av disse studiene blir imidlertid pasientene med størst problemer tatt hånd om i spesialisttjenesten, mens de med mindre problemer følges opp av allmennlegen. I Gjøvik har det ikke vært noe slikt skille, alle følges opp av allmennleger.

Funnene i denne studien bør etter vår mening ikke tolkes dit hen at legemiddelassistert rehabilitering kan eller bør overlates til

kommunene med fastleger og sosialsentre alene. Modellen i Gjøvik har fungert i tett samarbeid med spesialisert rusbehandlings-tjeneste. Særlig i kommuner uten rusfaglig spisskompetanse vil dette sannsynligvis være en forutsetning for at en slik behandlingsmodell skal fungere forsvarlig og godt.

e-tab 2 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

- Hansen MB, Kornør H, Waal H. Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. SKR-rapport nr. 7/2004. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykiatrisk institutt, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, 2004.
- Vindedal B, Steen L-E, Larsen B et al. Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Evalueringsrapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet/AIM (ResearchBasedConsulting), 2004.
- Oppfølging av LAR-evalueringene. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
- Fischer B, Rehm J, Kim G et al. Eyes wide shut? A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 1–14.
- Farrel M, Howes S, Verster A et al. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA Insights 3. Luxembourg: Office for Publication of the European Communities, 2000.
- Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering. Oslo: Alment praktiserende lægers forening, 2002.
- Keen J, Oliver P, Rowse G et al. Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 461–7.
- Auriacombe M, Fatseas M, Dubernet J et al. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict* 2004; 13 (suppl 1): S17–28.
- Pelet A, Doll S, Huissoud T et al. Methadone maintenance treatment in the Swiss Canton of Vaud: demographic and clinical data on 1,782 ambulatory patients. *Eur Addict Res* 2005; 11: 99–106.
- Gibson AE, Doran CM, Bell JR et al. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust* 2003; 179: 38–42.
- Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M et al. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 1724–31.

Manuskriptet ble mottatt 13.3. 2006 og godkjent 11.12. 2006. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.