

Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering og rusreformen

Sammendrag

Bakgrunn. Som følge av økende heroinmisbruk i Norge har den politiske håndteringen av slike problemer endret seg fra en ideell rusfri linje til en mer realistisk skadereduksjon. Ett av elementene er legemiddelassistert rehabilitering, som innebærer kontrollert utdeling av opiat, metadon og buprenorfin til spesielt utvalgte rusmiddelmisbrukere kombinert med tett oppfølging og sosial rehabilitering. Fastlegene skal følge opp, bl.a. ved å forskrive opiat til pasienter som har fått godkjent legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og ved å delta i ansvarsgrupper. Vi ønsket å undersøke fastlegenes oppfatning om deltakelse i substitusjonsbehandling av rusmiddelmisbrukere og om denne oppfatningen har endret seg fra 2000 til 2006.

Materiale og metode. Postale spørreskjemaer med bl.a. spørsmål om substitusjonsbehandling ble sendt til 1 606 leger i 2000 og igjen til 1 400 av de samme legene i 2006. 1 318 (82 %) svarte i 2000, hvorav 227 var allmennpraktikere og 78 kommuneleger. 966 (69 %) svarte i 2006, hvorav 227 var fastleger. 208 av disse hadde også svart i 2000. I 2006 ble det i tillegg spurt om legenes synspunkter på rusreformen.

Resultater. 53 % av fastlegene var positivt innstilt til substitusjonsbehandling av opiatavhengige med metadon eller buprenorfin, 50 % sier at de kan tenke seg å forskrive metadon eller buprenorfin, og 77 % var positive til å delta i ansvarsgruppe. To tredeler mente at overføring av ansvaret for ruspasienter til spesialisthelsetjenesten var en nyttig og nødvendig reform. Sammenliknet med 2000 var det en liten økning i andelen som var positivt innstilt til legemiddelassistert rehabilitering, men det var forholdsvis store endringer i individuelle oppfatninger.

Fortolkning. Det kan se ut som om politiske og kulturelle mer enn faglige vurderinger bestemmer legenes holdning på dette feltet.

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Postboks 1152 Sentrum
 0107 Oslo

og
 Institutt for helseledelse og helseøkonomi
 Universitetet i Oslo

Guri Spilhaug*

Medisinsk fagavdeling
 Den norske legeforening

Arne Johannesen

Helse Sør
 Skien

* Nåværende adresse:
 Klinikk rus og avhengighet
 Aker universitetssykehus

Som en følge av økende problem med heroinmisbruk i hele Norge har den politiske holdningen til håndteringen av slike problemer endret seg betraktelig. Mens man tidligere fulgte en klar rusfri linje både ideologisk og i behandling og omsorg, er bildet nå blitt mer nyansert, i tråd med en internasjonal trend som ofte kalles skadereduksjon (1–3). Misbrukernes risiko for smitte med hiv og andre blodoverførbare smittestoffer, deres generelt dårlige helse og risikoen for overdosedødsfall bidro også til skadereduserende tiltak, bl.a. kontrollert utdeling av narkotiske stoffer, også kalt legemiddelassistert rehabilitering. Prinsippene for dette behandlingstilbudet ble for første gang vedtatt i 1998 og revidert i 2000 (4, 5). Behandlingen innebærer streng kontroll av eventuelt sidemisbruk, strengere enn det som finnes i store deler av verden for øvrig. Dette medfører at forskningsmessig evaluering av utenlandske substitusjonsprogrammer ikke uten videre kan appliseres på norske forhold (6).

Legemiddelassistert rehabilitering er etter rusreformen (ramme 1) organisert på en slik måte at det er spesialisthelsetjenesten som bestemmer hvilke pasienter som har rett til dette, etter en vurdering av henvisning fra kommunens sosial- og/eller helsetjeneste. Ansvaret for forskrivning og oppfølging av metadon- eller buprenorfinbehandling kan deretter delegeres til pasientens fastlege. Dermed har fastlegen fått en ny oppgave, nemlig å forskrive narkotiske stoffer til pasienter der legen i utgangspunktet ikke bestemmer hvilke pasienter som skal få denne behandlingen. Dette innebærer nye utfordringer fordi det også er etiske problemer knyttet til forskrivning av narkotika generelt og forskrivning til personer med rusavhengighet spesielt.

Ramme 1

Rusreformen

Fra 1.1. 2004 ble fylkeskommunenes ansvar for rusklientene etter sosialtjenesteloven overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette ansvaret omfatter etablering og drift av institusjoner med spesialisthelsetjeneste i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk i loven betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk», det vil si tjenester med både sosialfaglig og helsefaglig innhold. Rusmiddelmisbrukerne regnes dermed som pasienter etter pasientrettighetsloven og får for eksempel rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg og klagerett. Med loven følger også retten til individuell plan, der bruk av tverrfaglige ansvarsgrupper, beskrevet som «et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker/pårørende og tjenesteutøvere», spiller en sentral rolle i behandlingen.

Generelt er det en tendens til at leger i økende grad blir involvert i behandling av rusmiddelmisbrukere. Dette er tydeligst i primærhelsetjenesten, med oppfølging av pasienter med økt risiko for alkoholskader eller som deltar i legemiddelassistert rehabilitering. Men også leger i spesialisthelsetjenesten er med, dels innen sine respektive fagområder og dels som leger i nye eller omorganiserte tiltak med tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk.

Legeforeningens forskningsinstitutt har fulgt denne utviklingen, særlig for å under-

Hovedbudskap

- Om lag halvparten av fastlegene er positive til legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmisbrukere med metadon eller buprenorfin
- To av tre fastleger mener at overføring av ansvaret for ruspasienter til spesialisthelsetjenesten i 2004 var en nyttig og nødvendig reform
- 64 % av fastlegene mener at de er kompetent til å arbeide med ruspasienter, og 30 % mener at rusmedisin bør være en egen spesialitet

Tabell 1 Legers oppfatning om rusreformen i 2004 og om substitusjonsbehandling av opiat-avhengige. Andeler i prosent med 95 % konfidensintervall

Spørsmål og svaralternativer	Fastleger (N = 225–227)	Andre leger (N = 713–725)
Rusomsorgen har nylig ved innføring av «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk» blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Hva er din oppfatning om det?		
Det var en nyttig og nødvendig reform	68 (61–74)	46 (42–49)
Reformen representerer en u hensiktsmessig medikalisering	10 (7–15)	6 (4–8)
Jeg har ingen oppfatning om dette	20 (15–6)	47 (43–50)
Annet	2 (1–5)	2 (1–3)
Hva er din holdning til substitusjonsbehandling av opiat-avhengige med metadon eller buprenorfin?		
Negativ	16 (11–21)	8 (6–10)
Indifferent	32 (26–38)	30 (27–34)
Positiv	53 (46–59)	62 (58–65)
Kunne du selv tenke deg å forskrive metadon eller buprenorfin til opiatavhengige?		
Ja	50 (44–57)	32 (29–36)
Vet ikke	34 (28–41)	43 (40–47)
Nei	16 (12–22)	25 (22–28)
Hva er din holdning til å delta i en ansvarsgruppe?		
Negativ	8 (5–13)	16 (14–19)
Indifferent	14 (10–20)	23 (20–26)
Positiv	77 (71–82)	29 (26–33)
Vet ikke hva en ansvarsgruppe er	0 (0–3)	31 (28–35)
Mener du at du er kompetent til å være lege for pasienter med rusmiddelavhengighet?		
Ja	64 (57–70)	22 (19–25)
Vet ikke	15 (10–20)	13 (11–16)
Nei	22 (17–28)	65 (62–69)

søke om legenes holdninger til substitusjonsbehandling endrer seg over tid. I denne artikkelen ser vi bl.a. på om det er noen forskjell på leger som er positivt og leger som er negativt innstilt til denne noe kontroversielle formen for medisinsk behandling. Dessuten ser vi på legenes oppfatning av rusreformen.

Materiale og metode

Et representativt utvalg av norske yrkesaktive leger, det såkalte referansepanelet, får annethvert år spørreskjemaer som tar opp helsepolitiske og arbeidsrelaterte temaer samt spørsmål om aktuell stilling, jobbtilfredshet og generell tilfredshet som gjentas hver gang. Panelet er anonymt, men med et unikt nummer for hver deltaker som gjør det mulig å koble data fra forskjellige tidspunkt på individnivå. I 2000 og i 2006 inneholdt skjemaene spørsmål om substitusjonsbehandling av pasienter med heroinavhengighet. Denne artikkelen er basert på disse to undersøkelsene. Det vil dessuten bli benyttet noen paneldata om legenes politiske ståsted fra 2002. Det var litt forskjell på spørsmålene som ble stilt i 2000 og i 2006 (e-ramme 2).

I 2000 var det 1 606 leger som fikk spørreskjema, og 1 318 av disse svarte (82%), hvorav 227 var allmennpraktikere og 78 kommuneleger. I 2006 fikk 1 400 av de opprinnelige 1 606 spørreskjema (en del var blitt pensjonister i mellomtiden og dermed ikke lenger med i panelet). 966 svarte (69%), hvorav 227 var fastleger. 208 av disse hadde også svart i 2000. I denne artikkelen ser vi særlig på dem som var fastleger i 2006, eventuelt dem som var allmennleger

Tabell 2 Kjønn, aldersgruppe, bosted og politisk preferanse hos leger som er henholdsvis positive og indifferente eller negative til legemiddelassistert rehabilitering, og som ikke endret syn mellom 2000 og 2006. Oddsrasioer med 95 % konfidensintervall fra logistisk regresjon

Forklaringsvariabler	Fastleger som var positive til legemiddelassistert rehabilitering i 2000 og 2006 (39 ¹ /187 ²)		Fastleger som var indifferente eller negative til legemiddelassistert rehabilitering i 2000 og 2006 (80 ¹ /187 ²)	
	Oddsrasio	[95 % KI]	Oddsrasio	[95 % KI]
Mann (versus kvinne)	1,88	(0,76–4,63)	0,38	(0,18–0,79)
Alder over 40 år (versus under 40 år)	0,67	(0,25–1,79)	3,67	(1,38–9,72)
<i>Politisk preferanse</i>				
Konservativ	Referanse		Referanse	
Litt konservativ	1,99	(0,22–18,17)	0,96	(0,31–3,01)
I sentrum	6,52	(0,77–55,11)	0,78	(0,25–2,40)
Litt radikal	3,55	(0,38–32,87)	0,27	(0,08–0,98)
Radikal	9,09	(0,71–116,75)	0,33	(0,05–2,37)
<i>Bosted</i>				
Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland	Referanse		Referanse	
Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder	0,54	(0,20–1,47)	2,23	(0,93–5,34)
Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane	0,18	(0,05–0,69)	2,54	(1,02–6,32)
Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	0,29	(0,08–1,12)	2,47	(0,91–6,72)
Nordland, Troms, Finnmark	0,71	(0,22–2,24)	1,41	(0,46–4,34)

¹ Det var henholdsvis 45 og 86 fastleger i de to gruppene, men noen faller ut i den multivariable analysen fordi det mangler data på noen av prediktorvariablene

² 187 av 208 leger som svarte på begge tidspunkt, hadde besvart samtlige spørsmål

i 2000, men i noen grad også på forskjeller mellom disse og de andre legene.

Vi benytter grafikk, frekvensfordelinger, krysstabulering av kategoriske variabler med 95 % konfidensintervall og logistiske regresjonsanalyser for å undersøke samtidige effekter av flere variabler på dikotome utfallsvariabler.

Resultater

To av tre fastleger (68 %) i 2006 mente at overføring av ansvaret for ruspasienter til spesialisthelsetjenesten var en nyttig og nødvendig reform, mot 46 % av de andre legene (tab 1). Halvparten av fastlegene sier at de kan tenke seg å forskrive metadon eller buprenorfin, mot 32 % av de andre legene. Imidlertid kan 17 % av de fastlegene som er positive til legemiddelassistert rehabilitering, ikke tenke seg å forskrive selv. På den annen side er 23 % av dem som kan tenke seg å forskrive, negative eller indifferente til legemiddelassistert rehabilitering. 77 % av fastlegene er positive til å delta i ansvarsgruppe. Dette er en arbeidsform som over 30 % av de andre legene ikke kjenner. Fastlegene mener også i betydelig større grad enn andre leger at de er kompetente til å arbeide med ruspasienter, 64 % svarer bekræftende på dette. Til sammenlikning mener 53 % av psykiaterne (N = 85) at de har slik kompetanse.

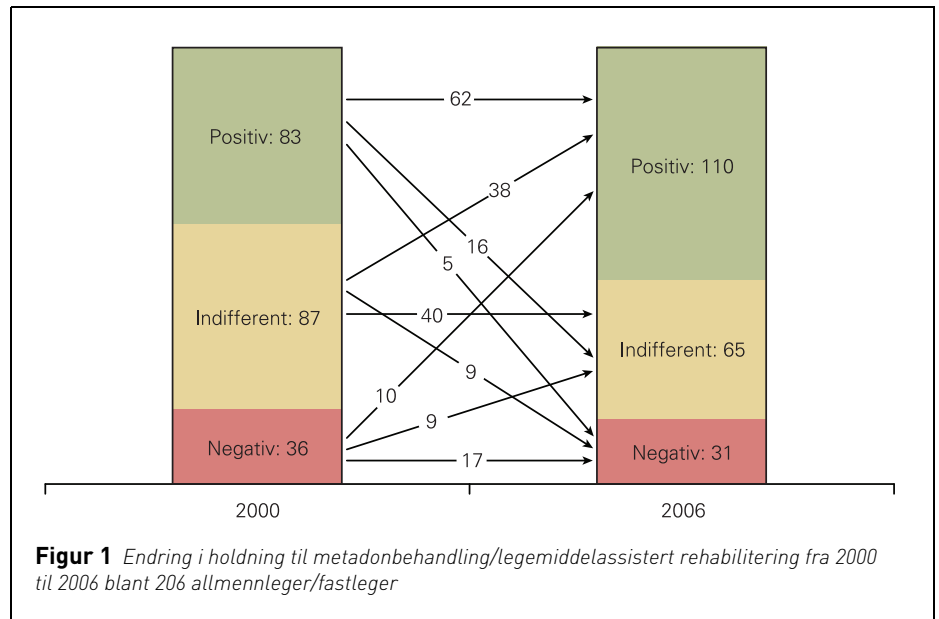
Endring i fastlegenes oppfatninger

I 2000 var 53 % av allmennlegene og 57 % av de andre legene positivt innstilt til metadonforskrivning til narkomane. I 2006 var 53 % av fastlegene og 62 % av de andre legene positivt innstilt til substitusjonsbehandling av opiatavhengige med metadon eller buprenorfin. Situasjonen er med andre ord nærmest uendret fra 2000 til 2006.

Men bare 135 av de 208 som var fastleger i 2006 var også allmennleger i 2000. Hvis vi tar utgangspunkt i de 206 legene som var fastleger i 2006 og som også svarte på spørreundersøkelsen i 2000 uansett hva slags stilling de hadde da, har det vært en viss økning i andelen som er positive til legemiddelassistert rehabilitering (fig 1). Men som det også fremgår, var bare 62 av 110 fastleger positive både i 2000 og i 2006. 38 var indifferente og 10 var negative i 2000. Figuren viser dessuten at 14 av de 31 fastlegene som var negative til behandlingen i 2006, var positive eller indifferente i 2000. Vi ser et tilsvarende mønster med betydelig meningsendring for hvem som kan tenke seg å forskrive selv (fig 2).

De positive og de negative

Tar vi utgangspunkt i de som var positive til substitusjonsbehandling både i 2000 og 2006 (N = 45), og de som var negative eller indifferente ved begge tidspunkt (N = 86), finner vi ved logistisk regresjonsanalyse at verken egne tobakks- og alkoholvaner eller personlighet (målt med to av Eysencks



dimensjoner, ekstrovert-introvert og sårbar), kan predikere tilhørighet i noen av disse gruppene. Derimot er kjønn, alder, helse-region og politisk ståsted i noen grad signifikante prediktorer. De fastlegene som hele tiden har vært positive til tiltaket er gjerne menn under 40 år i det sentrale østlandsområdet som politisk enten er litt konservative eller ganske radikale, mens de som er indifferente eller negative gjerne er kvinner over 40 år som ikke bor i Oslo-området og som er politisk konservative (tab 2).

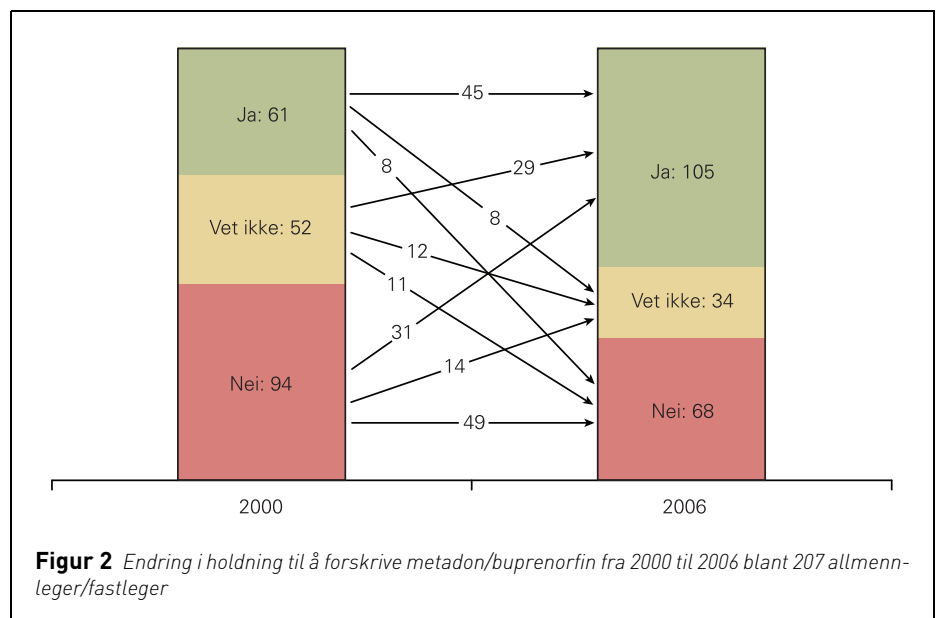
Diskusjon

Styrken med denne studien er at de samme legene har svart på (nesten) de samme spørsmålene med seks års mellomrom. Det mest iøynefallende funnet er kombinasjonen av stabile oppfatninger om substitusjonsbehandling på gruppenivå og ustabile på individnivå. Dette kan selvsagt henge sammen

med at oppfatningene om en kontroversiell behandling kan ta farge av den fagkulturen legen er en del av, og leger bytter arbeidsplass relativt ofte, særlig mens de er unge. Dessverre har vi ikke data som kan forklare hvorfor legene endrer oppfatning. Særlig ville det vært interessant å vite om de som går fra en positiv til en negativ oppfatning har konkrete erfaringer som kan forklare dette.

En positiv sammenheng mellom innstilling til legemiddelassistert rehabilitering og politisk orientering kan henge sammen med at legene ser på substitusjonsbehandling mer som et politisk enn som et fagmedisinsk spørsmål. Dette bekreftes også ved at om lag en firedel av dem som er positive til behandlingen, ikke umiddelbart kan tenke seg å forskrive metadon eller buprenorfin selv.

Å delta i behandlingen er en ny og etisk utfordrende oppgave for fastlegene. Da ord-



ningen startet, tok myndighetene det nærmest som en selvfølge at legene skulle gjøre det de ble bedt om. De etiske dilemmaene ble knapt drøftet. Mange steder oppsto uenighet mellom kommunenes sosialkontor, som var de som først skulle organisere dette, og de lokale fastlegene. Fastlegenes rolle ble høyløst diskutert (7–9). Etter hvert som det kom regionale sentre, og det ble etablert tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk i spesialisthelsetjenesten, har nok noen av samarbeidsproblemerkene blitt mindre.

Gjennom statusrapporten *På helsa løs* (10) har Legeforeningen gått inn for legemiddelassistert rehabilitering og understreket legenes naturlige rolle i arbeidet med ruspasienter. Nylig ble også den mer enn 40 år gamle, sovende spesialforeningen for medisinsk rusmiddelproblematikk revitalisert under navnet Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin.

Nye organisasjonsformer og behandlingsprinsipper har også utløst ny forskning på rusfeltet, der nye nasjonale og regionale forskningscentre og nytt forskningsprogram er under oppbygging. Det er derfor håp om at diagnostisering og behandling på dette feltet vil kunne bli like forskningsbasert som for andre folkehelseproblemer der legene nødvendigvis må spille en sentral rolle.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 35–47.
2. Moore D, Fraser S. Putting at risk what we know: reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Soc Sci Med* 2006; 62: 3035–47.
3. Ball AL. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction* 2007; 102: 684–90.
4. Waal H. Merits and problems in high-threshold methadone maintenance treatment. Evaluation of medication-assisted rehabilitation in Norway 1998–2000. *Eur Addict Res* 2007; 13: 66–73.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Rundskriv I-35/2000. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/I-352000-Erstatte-I-2598.html?id=446841 [16.5.2007].
6. Kornør H, Bjørndal A, Welle-Strand G. Medikamentell behandling av opiatavhengige. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006. www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/544.cms [16.5.2007].
7. Skeie I. Virker metadon? *Utposten* 2007; nr. 1: 1–2.
8. Brelin P. Metadon, virker det? *Utposten* 2007; nr. 1: 14–5.
9. Kornør H, Welle-Strand G, Bjørndal A. Kommentar til Petter Brelins artikkel «Metadon, virker det»? *Utposten* 2007; nr. 1: 16–7.
10. Den norske lægeforening. *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.legeforeningen.no/index.gan?id=94516 [16.5.2007].

Manuskriptet ble mottatt 16.5. 2007 og godkjent 15.10. 2008. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.