

Antall overdosedødsfall er stabilt høyt til tross for en stadig økende rekruttering til LAR-programmet. En så høy dødelighet ville ikke blitt akseptert ellers i helsevesenet. Er det på tide å sette inn tiltak vi vet virker?

Substitusjonsbehandling på stedet hvil?

I 2004 var rehabilitering det eneste godkjente målet for legemiddel-assisert rehabilitering (LAR) (1). Skadereduksjon og lindring av lidelse var ikke en del av inntakskriteriene. LAR-behandlingen var ulikt organisert og gjennomført rundt i landet. Fastlegene hadde ikke anledning til å drive substitusjonsbehandling med opioider på egen hånd. De pasientene som hadde aller dårligst funksjon, var ikke i målgruppen for LAR-behandling. Det kommunale hjelpeapparatet var nokså maktesløst i omsorgen for disse pasientene, som dermed i siste instans selv måtte bære byrden ved å mislykkes i behandling.

Formalitetene rundt substitusjonsbehandling med opioider er nå hjemlet i en forskrift (2). Denne slår fast at all substitusjonsbehandling med opioider skal skje innenfor systemet med legemiddelassistert rehabilitering. Modellen er som tidligere et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, fastlege og kommunalt støtteapparat. De tre partene er ikke likeverdige samarbeidspartnere. Lege i spesialisthelsetjenesten er tillagt all makt i forbindelse med oppstart og eventuell avslutning av behandlingen. Fastlegen kan overlates den daglige gjennomføringen av behandlingen, men det forutsettes et tett samarbeid med lege i spesialisthelsetjenesten. Et paradoks i den forbindelse er det at det ennå ikke finnes en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Regjeringen har imidlertid varslet en slik spesialitet i den ferske stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken (3). Et annet paradoks er at pasienten ikke er nevnt som part i samarbeidet, i tillegg til at pasientrettighetene også er innskrenket i forskriften. Det har også vært diskutert om fritt sykehusvalg gjelder for LAR-pasienter.

Positive endringer er at lindring og skadereduksjon er tatt inn som en del av LAR-behandlingen. Det er også presisert at utskrivning fra behandling mot pasientens vilje ikke bør forekomme. Det er formalisert at fastlegen kan iverksette substitusjon med opioid i forkant av oppstart i LAR-behandlingen, men bare i tett samarbeid og med godkjenning av lege i spesialisthelsetjenesten. Behandlingsmonopolet er altså opprettholdt og gjort enda tydeligere i forskriften.

Antall pasienter tilknyttet behandlingsopplegget har økt. Ved utgangen av 2011 var 6 640 pasienter i LAR-behandling (4), ca. en fordobling av antallet siden 2004. Netto tilvekst er noe over 600 pasienter i året. Opp mot 25 % rapporterte depresjon og/eller angst, men kun 12 % var under psykiatrisk behandling, og bare 9 % fikk systematisk psykoterapi (4). Her gjenstår mye arbeid.

Hvordan opplever fastleger sin rolle? I dette nummer av Tidsskriftet har Helge Waal og medarbeidere en artikkel om fastlegers holdninger til legemiddelassistert rehabilitering generelt og deres mening om 22 utsagn om LAR-behandling spesielt (5). Undersøkelsen viser at fastleger er fornøyd med LAR-modellen slik den er i dag. De ønsker ikke større selvstendighet i arbeidet med LAR-pasientene, de er fornøyd med trepartssamarbeidet. Artikkelforfatterne konkluderer slik: «Legemiddelassistert rehabilitering ble hovedsakelig vurdert positivt av norske fastleger i dette utvalget. Det var liten opposisjon mot legerollen i modellen, selv om den i noen grad innskrenker den enkelte leges autonomi.» Resultatene er ikke oppsiktsvekkende, i og med at modellen har vært grunnleggende uendret siden oppstarten i 1998. Systemet er også før forskriften trådte i kraft 1.1. 2010, blitt forsvart gjennom tilsynsaker overfor fastleger som har utfordret modellen. Alternative måter å drive substitusjonsbehandling på, har stort sett ikke vært akseptert. De fleste fastleger kjenner bare denne ene modellen for substitusjonsbehandling, og de har tilpasset seg den, noe denne

studien bekrefter. For LAR-systemet er det bra at aktørene er lojale og slutter rekkene.

Men verden utenfor ordningen består av mellom 6 000–8 000 injiserende opioidmisbrukere (3). I denne populasjonen finner vi praktisk talt alle overdosedødsfall. Etter en topp i 2001, har tallet stabilisert seg på 200–250 per år (3). Norge ligger på en lite flatterende annenplass i Europa når det gjelder overdosedødsfall. Selv om registreringen er ulik i de forskjellige land, er trenden klar: Tallet er høyt i europeisk sammenheng, og det er påfallende at det ikke har skjedd en klar reduksjon av antall overdosedødsfall i takt med økningen av pasienter i LAR-behandling. Ettersom vi må regne med at LAR-behandlingen gis til en stadig større andel av de opioid-avhengige i Norge, betyr det at overdosedødeligheten faktisk har økt blant dem som ikke er i behandling. Stoltenbergutvalget foreslo å prøve ut heroinsubstitusjon for å forsøke å demme opp for overdosedødsfallene (6). Regjeringen har ikke gått inn for dette i stortingsmeldingen. Derimot har de lansert en rekke andre tiltak, blant annet koordinering av de lokale hjelpetiltakene, kompetanseutvikling blant særlig berørt personell, forebygging av overdose etter utskrivning fra institusjon og påvirkning av brukerkulturen.

Regjeringen nevner ikke i overdosekapitlet i stortingsmeldingen det tiltaket som både gjennom erfaringene med LAR-behandlingen og gjennom omfattende internasjonal forskning er vist å være effektivt, nemlig en utvidet tilgang på substitusjonsbehandling med opioider (3, s. 122). Det finnes også dokumentasjon fra et norsk materiale på at opioidforskrivning i regi av fastlege utenom LAR-modellen gir samme eller større reduksjon i dødelighet (7). Det hadde vært interessant å prøve ut tiltak med et sterkt økt tilbud om lavterskelsubstitusjon til misbrukermiljøene utenom LAR-ordningen dersom man virkelig ønsker å gjøre noe for å redusere overdosedødsfallene. Her vil interesserte fastleger kunne ha en viktig rolle dersom de får lov. Ville vi godtatt ikke å sette inn det mest effektivt forebyggende tiltaket for å hindre en like høy dødelighet innen andre deler av helsevesenet?

Dagfinn Haarr

dagfinn.haarr@sentrum-legesenter.no

Dagfinn Haarr (f. 1952) er spesialist i allmenntillegemedisin og i samfunnsmedisin. Han er fastlege med 92 LAR-pasienter på listen og assisterende kommuneoverlege i Kristiansand.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Haarr D. Metadonbehandling som monopol. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 311.
2. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
3. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
4. Waal H, Clausen T, Håseth A et al. Statusrapport 2011. LAR i helseforetakene. SERAF rapport 1/2012. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2012.
5. Waal H, Brekke M, Clausen T et al. Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 1861–6.
6. Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
7. Haarr D, Nessa J. Opioidbehandling i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1770–2.

Mottatt 27.7. 2012, første revisjon innsendt 14.8. 2012, godkjent 20.8. 2012.
Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.