

# Legemiddelassistert rehabilitering – viktig behandling med dilemmaer

Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR) ble introdusert i USA i 1960-årene. Behandlingen ble i Norge lenge avvist på prinsipielt grunnlag. Først i 1998 – etter sterk økning i overdosedødsfall utover i 1990-årene – ble LAR-behandling innført som et landsdekkende program. Det er fremdeles omstridt, og enkelte er kritiske til måten LAR drives på i Norge i dag. I denne kronikken vil vi, med bakgrunn i norsk og internasjonal forskning, argumentere for at legemiddelassistert rehabilitering er viktig behandling samt drøfte utfordringer og dilemmaer fagfeltet nå står overfor.

Ivar Skeie  
ivar.skeie@gmail.com  
Thomas Clausen  
Anne Bukten

Opioidavhengighet er et stort globalt helseproblem, og dødeligheten blant opioid-avhengige er meget høy. I en fersk metaanalyse ble dødsraten på verdensbasis beregnet til 2,1 % per år, og den aldersjusterte dødeligheten er 15 ganger høyere enn for befolkningsgjennomsnittet (1). Sosiale problemer og kriminalitet, akutte og kroniske somatiske sykdommer og skader samt alvorlige og lettere psykiske lidelser forekommer også hyppig blant opioidavhengige.

## LAR – kurativ eller symptomatisk behandling?

I vedlikeholdsbehandling erstattes illegal bruk av opioider med jevn tilførsel av et langtidsvirkende opioid i doser som verken gir rus eller abstinens. Opioidsuget fjernes eller reduseres – det muliggjør atferdsendring, stabilisering og sosial rehabilitering. Målet er altså ikke avvenning fra opioider, men stabilisering gjennom jevn tilførsel.

Ser man på opioidavhengighet som «sykdom» i denne sammenhengen, er behandlingen ikke kurativ fordi «sykdommen» (avhengigheten) ikke fjernes, men mye av skadevirkningene av den forsvinner. Slik sett er legemiddelassistert rehabilitering symptomatisk behandling som kan sammenliknes med stabiliserende medikamentell behandling for andre tilstander der det ikke finnes kurativ behandling, som f.eks. hiv/aids eller diabetes. Effekten må derfor først og fremst måles ved å sammenlikne pasientenes helsemessige og sosiale situasjon under behandling med deres tilstand utenfor LAR-programmet.

## Positive effekter

Studier fra en rekke land har de siste tiårene vist at vedlikeholdsbehandling er assosiert

med redusert rusmiddelbruk, lavere dødelighet og sykkelighet og mindre kriminalitet.

### Dødelighet

Dødeligheten blant opioidavhengige er høy og reduseres under behandling (1). I en studie ble dødeligheten under vedlikeholdsbehandling estimert til en firedel av hva den var i perioder uten behandling (2). I en norsk studie var dødeligheten i perioden 1997–2003 2,4 % per år på venteliste, sammenliknet med 1,4 % per år i LAR-behandling.

Reduksjonen skyldtes en nedgang på 80 % i dødelige overdoser (3). For personer under 35 år var risikoen for dødelige overdoser spesielt høy, og den ble halvert under LAR-behandling (4).

### Kriminalitet

Studier fra flere land har vist redusert kriminalitet under vedlikeholdsbehandling (5, 6). I Norge hadde de som søkte LAR-behandling i perioden 1997–2003 gjennomsnittlig mer enn seks domfellelser de siste tre årene før de søkte behandling (7). Nærmere 80 % av disse skyldtes vinningsforbrytelser og narkotikalovbrudd.

Under LAR-behandling var antall domfellelser for vinningskriminalitet, narkotikalovbrudd, vold (8) og kjøring i beruset tilstand (9) betydelig redusert, og den samlede domfellelsesraten var mer enn 50 % lavere enn før behandling.

### Sykkelighet

Reduksjon i somatisk sykkelighet under LAR-behandling er dokumentert i studier basert på intervjuer, klinisk vurdering og liggetid i sykehus. I en fersk norsk studie ble forekomsten av akutte sykdomsepisoder som ble behandlet i sykehus de siste fem år før LAR-behandling sammenliknet med de fem første år i behandling i en gruppe på 200 LAR-pasienter (10).

Den samlede reduksjon i sykdomsepisoder under behandling var 37 %, og forekomsten

av rusrelaterte episoder (overdoser/injiseringsrelaterte/andre) ble redusert med 76 %.

## Har alle LAR-pasienter nytte av behandlingen?

Ikke alle blir rusfrie med LAR-behandling. I 2012 ble 49 % vurdert å ha god rusmestring, det vil si at de ikke hadde rusmiddelbruk av vesentlig betydning for sosial funksjon eller livskvalitet (11). 15 % hadde en avhengighetspreget bruk som dominerte livsførselen, mens 23 % var i en mellomkategori (13 % ukjent). Vi må ha som utgangspunkt at nær 100 % hadde avhengighetspreget rusmiddelbruk før LAR-behandlingen.

Enkelte hevder at LAR-pasienter som ikke oppnår rusfrihet, ikke har nytte av behandlingen og at den derfor for deres del bør avsluttes (12). En fersk norsk studie viste imidlertid at den firedelen av LAR-pasientene som brukte mest rusmidler, hadde en reduksjon på hele 72 % i rusrelaterte sykdomsepisoder behandlet i sykehus sammenliknet med før de fikk legemiddelassistert rehabilitering (10).

Dette funnet samsvarer med en fersk studie fra sprøyteutdelingsprogrammet i Oslo, der LAR-pasienter som benyttet seg av programmet, hadde lavere forekomst av overdoser, heroinbruk, injisering og kriminalitet enn sprøytebrukere som ikke var under legemiddelassistert rehabilitering (13). Disse funnene underbygger antakelsen om at også LAR-pasienter med fortsatt risikopreget rusatferd til tross for dette har nytte av behandlingen fordi skadevirkningene av rusmiddelbruken blir betydelig mindre.

## Hva skjer etterpå?

Et mindretall av pasientene som avslutter legemiddelassistert rehabilitering gjør dette etter planmessig nedtrapping og i stabil rusfrihet. De fleste avbryter behandlingen i en periode med pågående rusmiddelbruk og behandlingsproblemer (14). Vedlikeholdsbehandling fjerner ikke opioidavhengigheten.



Illustrasjon © Superpop

Flere studier viser at risikoen for tilbakefall etter behandlingsavbrudd er høy, både blant dem som er rusfrie ved behandlings avslutning og spesielt blant dem som ikke er stabilisert før avbrudd i behandlingen (15, 16).

I et pasientmateriale fra Vest-Agder var det stor ustabilitet i behandlingsstatus i tiden etter legemiddelassistert rehabilitering, med en risiko for død på 4 % per år (17). De fleste av dem som avsluttet behandlingen, var likevel tilbake i vedlikeholdsbehandling i løpet av de første par årene etter LAR-avbrudd. Det er også viktig å understreke at en liten gruppe (10 %) av dem som avsluttet, typisk etter langvarig rusfrihet med planlagt nedtrapping, lyktes i å leve et stabilt og langvarig rusfritt liv. Dette stemmer overens med funn fra Sverige (16).

### Å nå målgruppen og holde pasientene i behandling

De positive effektene av vedlikeholdsbehandling er altså store, også for dem som ikke er stabilisert. Etter behandlingsavbrudd er risikoen for tilbakefall med overdoser og andre alvorlige komplikasjoner stor. Generelt bør det derfor være et mål å holde flest mulig i behandling. Graden av frafall er en viktig kvalitetsindikator for vedlikeholdsbehandling (6). I 2012 avsluttet 326 LAR-behandling (4,4 %), og 212 som

tidligere hadde avsluttet, startet opp med behandling på ny (11). Frafall fra vedlikeholdsbehandling i Norge er altså lavt.

Legemiddelassistert rehabilitering dekker i dag kanskje bare om lag 50 % av målgruppen på landsbasis (18). Et LAR-program som når ut til en større del av målgruppen og opprettholder dagens lave frafallsgrad, vil være et viktig tiltak for å redusere den høye overdosedødeligheten i Norge.

Stabilt rusfrie pasienter som vurderer å avslutte legemiddelassistert rehabilitering, bør informeres om risikoen for tilbakefall, men også om muligheten til å lykkes med å leve et rusfritt liv uten vedlikeholdsbehandling. Dersom de bestemmer seg for å avslutte behandlingen etter nedtrapping, bør behandlingsapparatet gi støtte og oppfølging under og etter denne perioden, og de bør tas raskt inn igjen dersom de skulle ønske det. Bruk av langtidsvirkende opioidblokkade (naltrekson) kan være et hjelpemiddel til å forhindre opioidbruk etter nedtrapping.

### Utsiktede negative effekter

Lekkasje av LAR-medikamenter til det illegale markedet er alvorlig, fordi medikamentene, i særlig grad metadon, kan medføre overdosefare når de brukes av personer som ikke har tilsvarende opioidtoleranse som LAR-pasienter. I Norge ble det i peri-

oden 2000–06 påvist 312 metadonrelaterte forgiftningsdødsfall, men bare 22 % av de døde var under LAR-behandling ved det tidspunktet (19).

Dødsfall opptrer som regel ved samtidig bruk av andre rusmidler, som alkohol, benzodiazepiner og andre opioider. Det er derfor viktig at utleveringen, spesielt av metadon, organiseres slik at risikoen for lekkasje blir minst mulig.

I flere land registreres en økende andel av opioidavhengige som har hatt LAR-legemidlene som innfallspor til avhengigheten. Dersom lekkede LAR-medikamenter i vesentlig grad bidrar til rekruttering av nye opioidavhengige også i Norge, gir dette grunn til bekymring.

### Konklusjon

Vårt syn er at legemiddelassistert rehabilitering er god behandling. Mange oppnår gjennom LAR-behandling rusfrihet og sosial rehabilitering. Andre, som fortsetter å bruke rusmidler under behandlingen, har færre skadevirkninger av opioidavhengigheten. Ved rusing og behandlingsproblemer bør målet være å stabilisere pasienten og tilrettelegge og videreføre behandlingen.

Det er etter vårt syn ikke riktig å se på «skadereduksjon» og «rehabilitering» som motsetninger – de er likeverdige og ofte

parallele målsettinger i behandlingen, riktignok ofte med ulike tidsperspektiver. En av utfordringene fremover blir å videreutvikle LAR-programmet slik at en større del av målgruppen nås og beholdes i behandling.

---

#### Ivar Skeie (f. 1952)

er ph.d., spesialist i allmenntillegmedisin, overlege i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet, og forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo.

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

#### Thomas Clausen (f. 1972)

er professor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning; Universitetet i Oslo.

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

#### Anne Bukten (f. 1977)

er postdoktor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo.

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

---

#### Litteratur

1. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2011; 106: 32–51.
2. Caplehorn JR, Dalton MS, Haldar F et al. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 177–96.
3. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94: 151–7.
4. Clausen T, Waal H, Thoresen M et al. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction* 2009; 104: 1356–62.
5. Gossop M, Trakada K, Stewart D et al. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79: 295–302.
6. Darke S, Ross J, Teesson M. The Australian Treatment Outcome Study (ATOS): what have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug Alcohol Rev* 2007; 26: 49–54.
7. Bukten A, Skurtveit S, Stangeland P et al. Criminal convictions among dependent heroin users during a 3-year period prior to opioid maintenance treatment: a longitudinal national cohort study. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41: 407–14.
8. Havnes I, Bukten A, Gossop M et al. Reductions in convictions for violent crime during opioid maintenance treatment: a longitudinal national cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2012; 124: 307–10.
9. Bukten A, Herskedal A, Skurtveit S et al. Driving under the influence (DUI) among patients in opioid maintenance treatment (OMT): a registry-based national cohort study. *Addiction* 2013; 108: 1954–61.
10. Skeie I, Brekke M, Gossop M et al. Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ Open* 2011; 1: e000130.
11. Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. Statusrapport 2012 – LAR som det vil bli fremover? Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo, 2013.
12. Olsen ST. forebygging.no. KoRus-Nord, 2013. [www.forebygging.no/](http://www.forebygging.no/) (3.1.2014).
13. Gjersing L, Bretteville-Jensen AL. Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues? *Drug Alcohol Depend* 2013; 133: 121–6.
14. Skeie I, Brekke M, Clausen T et al. Increased somatic morbidity in the first year after leaving opioid maintenance treatment: results from a norwegian cohort study. *Eur Addict Res* 2013; 19: 194–201.
15. Magura S, Rosenblum A. Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J Med* 2001; 68: 62–74.
16. Hiltunen AJ, Eklund C, Borg S. The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: 15-year follow-up with a main focus on detoxification from methadone. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 106–11.
17. Clausen T, Åsland R, Kristensen Ø. Pasienter som avbryter LAR-behandling – hvordan går det med dem? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1146–9.
18. Waal H, Gossop M. Making sense of differing overdose mortality: contributions to improved understanding of European patterns. *Eur Addict Res* 2014; 20: 8–15.
19. Bernard JP, Havnes I, Størdal L et al. Methadone-related deaths in Norway. *Forensic Sci Int* 2013; 224: 111–6.

*Mottatt 3.11. 2013, første revisjon innsendt 12.2. 2014, godkjent 26.3. 2014. Redaktør: Are Brean.*