

Klinisk forskning tyder på at vi har fått et nytt farmakologisk hjelpemiddel i behandlingen av opioidmisbrukere

Behandling av narkomane

Dagens behandlingstilbud til rusmisbrukerne er ikke godt nok. Det gjelder både den medisinske og den sosialfaglige del av behandlingen, og spesielt samordningen mellom dem. Mange har forventninger til at gjennomføringen av Rusreform I og II fra januar 2004 skal gi misbrukerne de helse- og sosialtjenestene de har behov for (1, 2), mens noen frykter at det kan gå fra vondt til verre. De viktigste virkemidlene i reformene er reduksjon av antall forvaltningsnivåer, klargjøring av ansvar, etablering av helhetlige tiltakskjeder og individuelle behandlingsplaner. Helsetjenesten vil få en langt mer sentral rolle i diagnostisering og behandling av rusmisbruk, ikke minst i forhold til tungt belastede heroinavhengige misbrukere med stor sykkelighet.

I dette nummer av Tidsskriftet er det tre artikler som omhandler opioidantagonisten naltrekson, som nylig er registrert i Norge under preparatnavnet Revia. Liliana Bachs & Helge Waal gir i sin artikkel en god oversikt over preparatets farmakologi og kliniske nytteverdi (3), mens Helge Waal og medarbeidere beskriver en undersøkelse med naltrekson i behandling av unge stoffmisbrukere (4) og en undersøkelse med implantasjon av naltreksonkapsler hos eldre rusmisbrukere (5).

Naltrekson er et syntetisk opioid som først ble fremstilt i 1963. Det har en tilnærmet ren antagonistisk effekt. Medikamentet har vært benyttet ved en rekke avhengighetstilstander, men nytteverdien er best dokumentert ved forebygging av tilbakefall hos opioidavhengige. Det er vist at naltrekson kan forkorte abstinensperioden ved avvenning. Bivirkningene er få, og preparatet skal være helt uten misbruksfare.

Det kan høres som om naltrekson er legemidlet mange leger har sett frem til etter år med frustrasjoner knyttet til behandling av det stadig økende antall syke og nedkjørte opioidmisbrukere. «Kvoteforskrivning» av opioidagonister, som for eksempel buprenorfin (Temgesic) eller morfin (Dolcontin), i påvente av annen behandling eller for å redusere kriminell atferd og for å gi pasienten et mer verdig liv skaper ofte betydelige problemer pga. stor misbruksfare og høy omsetningsverdi på det illegale rusmarkedet. Når naltrekson likevel ikke er det vidundermidlet vi kunne ønske oss, skyldes det stor tendens til selvseponering blant dem som har forsøkt behandlingen, ikke ulikt det vi ser ved bruk av disulfiram (Antabus) ved alkoholmisbruk. Tendensen til selvseponering er godt dokumentert i artikkelen til Waal og medarbeidere (4). For de 16 elevene ved Tyrilikkollektivet som deltok i behandlingen, var den reelle behandlingstiden halvparten så lang som planlagt, på tross av høy motivasjon og tett oppfølging (4). Bruk av depotpreparater og implantater kan være en metode for å forlenge behandlingen frem til adekvate terapeutiske mål er oppnådd. Waal og medarbeidere beskriver i den siste artikkelen et behandlingsopplegg der ti eldre rusmisbrukere med flerårig heroinavhengighet fikk implantert naltreksonkapsler subkutant (5). De konkluderer med at denne behandlingsformen fremstår som et nyttig, men ikke ukomplisert virkemiddel. Bruken krever spesiell kompetanse og bør forvaltes innenfor spesialisthelsetjenesten som ett av flere medikamentelle virkemidler til spesielt motiverte pasienter.

I Norge er det i dag mer enn 10 000 sprøytenarkomane. Sannsynligvis vil bare 30–40 % av denne gruppen lykkes i å bli varig rusfrie med de behandlingstilbudene vi i dag har til rådighet (6). Det er derfor grunn til å tro at mer enn 5 000 rusmisbrukere i løpet av de

nærmeste årene vil søke legemiddellassistert rehabilitering, dvs. behandling med opioidagonistene metadon eller buprenorfin (Subutex), som for mange kan bli livslang. Legemiddellassistert rehabilitering er i dag etablert i alle helseregioner, og erfaringene er overveiende positive. Behandlingstilbudet dekker imidlertid bare en liten del av behovet, ventelistene er lange og kapasiteten ved flere metadonsentre er allerede sprengt. Mange av de mest nedkjørte heroinmisbrukerne klarer ikke å følge de omfattende behandlingskravene ved legemiddellassistert rehabilitering og faller derfor raskt tilbake til destruktivt rusmisbruk. For denne gruppen er det et udekket behov for nye og personlig tilpassende behandlingstilbud, inkludert medikamentelle virkemidler, men andre enn naltrekson.

Fastlegeordningen innebærer et klart ansvar for å gi rusmisbrukere på fastlegens pasientliste nødvendig helsehjelp. Dette er en ressurskrevende og vanskelig oppgave som forutsetter godt samarbeid med den kommunale sosialtjenesten og støtte fra spesialiserte rusklinikker på region- og fylkesnivå (7). Mange allmennleger har dessverre erfart at slike helhetlige tiltakskjeder ikke eksisterer. Forslagene i Rusreform I og II om overføring av fylkekommunale institusjoner for spesialiserte *helsetjenester* til staten og fylkeskommunale institusjoner for spesialiserte *sosialtjenester* til kommunene gir ingen garanti for at nødvendige tiltakskjeder raskt vil bli etablert. Skillet mellom de to tjenestetypene virker kunstig og kan føre til oppsplitting av sårbare fagmiljøer. Kommunal fattigdom kan også føre til at for eksempel behandlingstilbud får dårligere rammevilkår og i verste fall blir nedlagt.

En av de største utfordringene ved den forestående omorganiseringen av rusmiddelomsorgen er å etablere kreative og robuste fagmiljøer som kan virke rekrutterende på både helsearbeidere og sosialarbeidere. Klinisk forskning og undervisning er en forutsetning for å løfte behandlingstilbudet til rusmisbrukere opp på et forsvarlig nivå. Mangelen på en spesialitet eller subspecialitet i rusmedisin er trolig en viktig årsak til at få leger i dag ønsker å satse på en karriere innenfor dette fagfeltet.

Svein Steinert
steinert@online.no

Svein Steinert (f. 1953) er fastlege i Tromsø, spesialist i allmennmedisin, medlem av Legeforeningens rusmiddelpolitiske utvalg og tidligere leder av fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening (ApLf). Han har tidligere ledet et AIDS-prosjekt i Tromsø og var leder for fastlegeforsøket i Tromsø i tiden 1993–96.

Litteratur

- Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunenes ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere.
- Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). Rusreform II og rett til individuell plan.
- Bachs L, Waal H. Behandling av opioidavhengige med naltrekson. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1665–7.
- Waal H, Aamodt Ø, Olsen H. Behandling av unge stoffmisbrukere med naltrekson. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1662–4.
- Waal H, Christophersen AS, Frogosahl G, Olsen LH, Mørland J. Implantasjon av naltreksonkapsler. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1660–1.
- National Consensus Development on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. Effective medical treatment of opiate addiction. JAMA 1998; 280: 1936–43.
- Steinert S, Gudim HB, Brække M, Leer J, Haavet OL, Nyhlen P et al. Allmennlegets rolle i behandlingen av narkomane – legemiddellassistert rehabilitering. Oslo: Alment praktiserende lægers forening, 2002.