

Om vi ikke kan fjerne grunnlidelsen helt, er det likevel meningsfullt og riktig å lindre. Dette må også gjelde ved rusbrukslidelser

Norge på overdosetoppen?

EUs narkotikaovervåkingsbyrå EMCDDA har i mange år publisert figurer som rangerer landene i Europa etter antall overdosedødsfall per million innbyggere i alderen 15–64 år. Norge har vært blant de 2–3 landene med høyest insidens. Betyr dette at vi er «dårligst i klassen» – at norsk rusmiddelpolitikk er spesielt mislykket og at norsk rusmiddelbehandling svikter? To spørsmål bør besvares. For det første: Kan statistikken leses på denne måten? For det andre: Svikter behandlingstilbudet?

Vanskene ved statistikken er mange. I noen land telles først og fremst døde funnet på offentlig sted. Diagnosebruken varierer ofte betydelig, spesielt ved dødsfall i hjemmet. I ganske mange land brukes koden for «ukjent årsak» ofte – uten rettslig obduksjon. Enkelte land har høy mortalitet på grunn av aids og hepatitt C-virus, en slags konkurrerende mortalitet blant stoffbrukere. Justerer man for disse vanskene, endres rangeringen vesentlig (1). Siden 2001 er antallet overdosedødsfall i Norge på vei nedover. Dette gjelder særlig dødsfall knyttet til heroinbruk, mens dødsfall knyttet til ulike reseptbelagte opioider – oftest sammen med benzodiazepiner og/eller alkohol, ev. antidepressiver – ikke minker (2).

Det er likevel riktig at altfor mange dør av overdoser med opioider. En av grunnene mener jeg er at vi begynte med såkalt vedlikeholdsbehandling eller erstatningsbehandling sent. Retrospektivt kan vi se at en overdreven tro på såkalt abstinensorientert behandling sto i veien for livreddende behandling. Alt annet enn «rusfrihet» ble ansett som «å gi opp pasienten». I legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er målet å erstatte det rusmidlet som har dominert pasientens tilværelse med en opioid agonist som er egnet til å nøytralisere nevroadaptive endringer. Dette skal hindre eller minske rusvanskene og gjøre annen hjelp og behandling mulig – i det minste redusere farene for skader og sykdom. Clausen og medarbeidere har vist at legemiddelassistert rehabilitering reduserer mortalitet betydelig (3). Internasjonalt regnes behandlingen som den viktigste satsingen (4).

Det sentrale målet for medisinsk behandling er helbredelse. Legemiddelassistert rehabilitering er imidlertid ikke en kurativ behandlingsform. Pasienten blir ikke mindre tilvendt bruken av et opioid. Skadelig og avhengighetspreget rusmiddelbruk ses i dag som en sykdom – rusbrukslidelse. Et mål om at pasienten skal bli «rusfri», slutte å bruke rusmidler, blir da nærliggende. Dette er ikke alltid så enkelt. Behandling omfatter tradisjonelt avvenning, stabilisering og rehabilitering. Men brukes ikke rusmidlet, reduseres nevroadaptasjonen og dermed rusbrukerens toleranse. Den som slutter helt med heroin, vil kunne dø av doser han før brukte og tolererte (5). Overdosemortaliteten er derfor sterkt forøket de første månedene etter at rusmiddelavhengige slipper ut fra fengsel eller skrives ut fra behandlingsinstitusjoner. Dette gjelder ikke bare etter brå og dårlig forbedrede utskrivninger (6, 7). BMJ Best Practice anbefaler ikke avvenning dersom det ikke foreligger planer om videre behandling (8).

Behandlingsapparatet møter ofte kravet om at den rusavhengige skal ha rett på behandling akkurat når motivasjonen er der. Men rask innleggelse til avvenning uten langvarig oppfølging kan i realiteten føre til økt mortalitetsrisiko (8). Mange har langvarige vansker i form av tenningsreaksjoner, anhedoni, fortvilelse og ikke minst en opplevelse av manglende mening. Noe kan forstås på bakgrunn av såkalte nevroplastiske endringer; ikke bare skjer det kortvarige og langvarige adaptasjoner i den enkelte nervecelle. Gjentatt rusmiddelbruk medfører også endringer i de nevronale nettverkene på

måter som påvirker samspillet mellom flere hjerneområder. Hjernen «læres opp» til å prioritere rusmiddelpåvirkning. Men vanskene bør selvsagt ikke bare forstås på nevrobiologisk grunnlag. Den avventende brukeren møter et liv og en tilværelse med mange motbakker, mye utstøting og liten tilhørighet. Han eller hun opplever at mange former for stimuli fører til ruslengsel. Relasjonsvansker kan melde seg når rusmidlets dempende virkning blir borte. Så er da også tilbakefall til rusmiddelbruk relativt vanlig, og noen ganger fører dette til overdoser. Jeg har møtt mange – også innen helsevesenet – som har sett pessimistisk på behandling av rusmiddellidelser: «Det nytter så lite». Eller det mer nedlatende: «La dem da heller ruse seg».

Helsevesenet møter i liten grad andre pasienter med slike reaksjoner. Om vi ikke alltid kan kurere, er det likevel meningsfullt og riktig å lindre. Om vi ikke kan fjerne grunnlidelsen, er det meningsfullt å behandle forverringer. Dette bør også være gyldig i behandlingen av rusmiddellidelser. Skadereduksjon kan være en fullverdig målsetting, ikke minst i perspektiv av de høye overdosetallene.

Antallet i legemiddelassistert rehabilitering har økt med ca. 500 pasienter per år og passerer i år 7 500 (9). Ubehandlet har injiserende heroinbrukere en overdosemortalitet på 2–4 % per år (4). Gruppen som får legemiddelassistert rehabilitering er nesten uten overdosedødsfall (9). Dette er den viktigste årsaken til at overdosemortaliteten i Norge er fallende. Vi er imidlertid ikke kommet langt nok – og legemiddelassistert rehabilitering er ikke det eneste svaret. Helseledelse har lansert en helhetlig strategi for forebygging av overdosedødsfall (10). Denne bør støttes av helsevesenet.

Helge Waal
helge.waal@medisin.uio.no

Helge Waal (f. 1940) er spesialist i psykiatri og veileder i psykoterapi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Waal H, Gossop M. Making sense of differing overdose mortality: contributions to improved understanding of European patterns. *Eur Addict Res* 2014; 20: 8–15.
2. SIRUS. Rusmiddelutløste dødsfall i Norge i 2013. www.sirus.no/rusmiddelutloste-dodsfall-i-norge-i-2013/ [8.9.2015].
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. 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.
5. Strang J, McCambridge J, Best D et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ* 2003; 326: 959–60.
6. Davoli M, Bargagli AM, Perucci CA et al. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEDeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 2007; 102: 1954–9.
7. Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008; 103: 251–5.
8. BMJ Best Practice. Opioid use disorder. Treatment approach. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/200/treatment/step-by-step.html> [8.9.2015].
9. Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon. SERAF-rapport nr. 2/2015. www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter [8.9.2015].
10. Helseledelse. Nasjonal overdosestrategi 2014–2017. <https://helseledelse.no/publikasjoner/nasjonal-overdosestrategi> [8.9.2015].