

RUSMIDDELOMSORGEN I NORGE 1986-2005 MED HOVEDVEKT PÅ SUBSTITUSJONSBEHANDLING MED LEGEMIDLER

Av Tatiana Wahl

Veiledere: prof. Else-Lydia Toverud, Farmasøytisk institutt, UiO

Anne Marie Horn, Institutt for apotekforskning AS (Apoforsk)



Hovedfagsoppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Desember 2007

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING	5
1.1 Bruk av vanedannende midler	5
1.2 Hva er avhengighet?	7
1.3 Lover og forskrifter	7
1.4 Utvikling og omfang av narkotikamisbruket i Norge	9
1.5 Synet på stoffmisbruk	11
1.6 Organisering av rusomsorg	15
1.7 Metadon og heroin	16
1.8 Apotekenes rolle	19
2 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	21
3 METODE	22
4 RESULTATER	23
4.1 Synet på narkotikamisbruk	23
4.2 Organisering av tiltak	24
4.3 Substitusjonsbehandling	24
4.3.1 Norske holdningsendringer	24
4.3.1.1 Apotekenes rolle	29
4.3.2 Substitusjonsbehandling i internasjonal sammenheng	30
4.4 Omorganisering av omsorgen fra sosialt problem til helseproblem	32
4.5 Tvang og frivillighet	33
4.6 Endringer i utleveringsforskriften	34
4.7 Gjennomføring av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	35

4.7.1 Andre legemidler i behandlingen av rusmisbrukere	36
4.7.2 Apotekenes rolle i LAR	39
4.8 Evaluering av medikamentassistert rehabilitering (MAR) i Norge 1998-2000	40
4.9 Hjelpetiltak	44
4.10 LAR og rusreformen	47
4.11 Andre tiltak	49
4.11.1 Individuelle planer for rusmiddelmissbrukere	49
4.11.2 Styrking av de kommunale tjenestene	49
4.12 Senere evalueringer	49
4.13 Videreutvikling og radikaliserings av LAR	51
5 DISKUSJON	54
5.1 Metadonbehandling i Norge	54
5.1.1 Alternative syn på metadonbehandling	54
5.1.2 Apotekenes forhold til metadonbrukere	56
5.2 Videreutvikling av LAR i Norge	57
5.3 Heroin i vedlikeholdsbehandling av opiatavhengighet	61
6 KONKLUSJON	63
KILDELISTE	64

SAMMENDRAG

Denne studien gikk ut på å studere hvordan det norske samfunnet i perioden 1986-2005 har satt i verk tiltak mot rusmiddelmissbruk. Resultatene av studien er basert på litteraturfunn.

I 1985 ble det norske samfunnet oppmerksom på HIV- problematikken. Da framlagte prognosene for spredning av HIV-smitte blant sprøytemisbrukere var svært dystre, og det ble i fagfeltet stilt spørsmål om bruk av legemidler i kampen mot smittespredning. På bakgrunn av norsk og internasjonal forskning og klinisk erfaring vedtok Stortinget i 1997 at det skulle bygges et landsdekkende legemiddeltilbud. Lovgrunnlaget ble utformet i "Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek", av 27. april 1998 og retningslinjene for behandlingen ble fastlagt i Rundskriv I-25/98 "Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering av 2. april 1998". Tilbudet ble utbygget i løpet av 1998 og 1999 og omfatter i dag hele landet. Retningslinjene er revidert på grunnlag av erfaringer og omfatter i dag flere typer legemidler. Se rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet I-35/2000 "Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering". Lovgrunnlaget i Forskriftene av 27. april 1998 gjelder fortsatt, men har fått et tillegg som er beskrevet i "Rundskriv 15/2000 "Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk". Dette omhandler konsekvensene for rekvirering av legemidler i gruppe A og B.

I 2003 ble det rapportert om dårlig helse og tjenestetilbud for rusmisbrukere, og i 2004 ble det gjennomført omorganisering av omsorgsansvaret for rusmisbrukere (Rusreformen). Målet med rusreformen var at behandlingstilbud og behandlingsresultater skulle bli bedre. Rusreformen skulle evalueres og resultatene skulle ferdigstilles ved utgangen av 2006, men før det, skulle LAR evalueres og den fremtidige utviklingen skulle vurderes. For første gang ble det i 2003 foretatt en nasjonal evaluering av LAR og materialet som nå foreligger er omfattende. Evalueringene ga på mange områder god dokumentasjon for at høyterskelmodellen har oppnådd gode resultater, men at det fortsatt er et forbedringspotensial.

1 INNLEDNING

1.1 Bruk av vanedannende midler

Hvor tidlig menneskene begynte å bruke vanedannende narkotiske midler og rusmidler, er det ingen som kan si med sikkerhet. Alt tyder på at bruken går tusener av år tilbake til meget primitive utviklingsformer for menneskesamfunn. Ofte var bruken av rusmidler fast knyttet til ofringer, takkefester og andre religiøst betonte handlinger. Undertiden var rusmidlene forbeholdt prester og medisinmenn, i andre tilfelle ble de også nytt av deltakerne. Narkotiske stoffer ble også brukt som legemidler. Bruken av opiater går talt tilbake til historiens begynnelse – for over 6 000 år siden. Allerede sumeriske tekster fra Mesopotamia refererer til opiumsvalmuen som en gledesplante. I løpet av de neste tre årtusenene spredte den medisinske bruken av opium seg – som beroligende middel og sovemiddel – fra den ene antikke sivilisasjonen til den andre; assyrerne, babylonerne, egypterne, grekerne, romerne og araberne. Grekerne gav stoffet sitt navn, opium, som betyr plantesaft (1).

Opium får man nemlig ved å snitte i opiumsplantens frøkapsler før de er helt modne. Da flyter det ut en hvit melkesaft som tørker, stivner og blir brun. Massen blir skrappt varsomt av, tørket og eltet til opiumkaker. Av hver kapsel får man gjennomsnittlig 0,06 gram rå opium. Det må derfor risses rundt 17 000 kapsler for å få ett kilo rå opium. Opium, et av de eldste kjente legemidler (1).

De narkotika og rusmidler som ble brukt i eldre tid, var mer eller mindre ”stedegne”, iallfall når det gjaldt massebruk som rusmiddel: opium i Asia, kokain i visse deler av Sør-Amerika, marihuana i andre deler av Sør-Amerika og store deler av Afrika. Det er sannsynlig at klima og jord tidligere i høy grad har bestemt hvilket rusmiddel som skulle bli det dominerende i området. Ansvarlige regjeringers forsøk på å regulere og innskrenke produksjon har ofte vist seg politisk ugjennomførbare på grunn av innbitt motstand fra en bondebefolkning som tradisjonsmessig var innstilt på og var blitt eksperter i dyrking av slike planteslag (1).

Før 1914 var narkotika legalt i de fleste vestlige land, og bruken var utbredt uten at problemene ble ansett som store. I 1887 brukte engelskmenn gjennomsnittlig en mellomstor dose med morfin i uken (ca. 10 mg). Iowa hadde i 1880 hele 3000 opiumsbutikker.

I 1901 kom det første forslag i en delstat (Colorado) om at en måtte ha resept for å kjøpe morfin, kokain, vin og sprit. I 1909 ble det forbudt å importere opium til USA. I 1912 holdes den første opium-konferansen i Haag. Deltagerne, for en stor del leger, gikk inn for reduksjoner på tilgjengeligheten av opium (2).

I Norge ble det innført forbud mot innførsel og utførsel av opium m.v. i 1913 (3). Ulovlig forbindelse med narkotika ble før 1964 primært rammet av Lov om innførsel og utførsel av opium m.v., første gang vedtatt i 1913 og senere endret i 1928 (4). Hauge, R. har skrevet at ”formålet med disse lovene var å ha en norsk opiumslov i henhold til overensstemmelsene med Haag (1912)- og Geneve (1925)- konvensjonen. Hensikten var i utgangspunktet utenrikspolitisk”(2).

Hasj ble forbudt på 30-tallet i USA, og i Norge ble det i 1930 ulovlig å produsere, omsette eller være i besittelse av cannabis. Overtredelse av opiumsloven ble ansett som forseelse og straffet med bøter. I Geneve- konvensjonen ble bøter ansett som utilstrekkelig straffereaksjon og norske myndigheter endret loven av 1928 til straff ved bøter eller fengsel inntil 6 måneder (2, 4).

Situasjonen blitt ytterligere komplisert og vanskeliggjort ved at legemiddelindustrien gjennom syntetisk vei har vært i stand til å fremstille en meget lang rekke legemidler hvorav enkelte dessverre har vist seg å kunne tjene lignende formål som de gamle, velkjente narkotiske midler. Det dreid seg om smertestillende legemidler som man antok kunne brukes istedenfor morfin, og som man til å begynne med antok ikke var vanedannende (1).

Opium (med derav fremstilt morfin, heroin m.v.), indisk hamp (hvorav fremstilles bl. a. marihuana og hasjisj), kokain og andre rusmidler ga økende problemer i mange deler av verden. Hauge, R. mente at dette skyldtes ”dels økt levestandard og rikdom, og til dels vanskeligheter med å kontrollere den illegale omsetning, men det har også, alt etter forholdene, bestemte sosiale årsaker og henger, i alle fall i en del teknisk og økonomisk fremskredne land, sammen med visse alminnelige kulturstrømninger og filosofiske holdninger” (2).

1.2 Hva er avhengighet?

Verdens helseorganisasjon kom gjennom forskjellige utvalg av fagfolk i 1964 fram til de definisjoner som nå er alminnelig akseptert. Man bygde da på det som var felles for alle disse rus stoffene (opium, morfin, kokain og andre), nemlig at de kunne føre til avhengighet (på engelsk "dependence"). Ved avhengighet forsto man da ganske enkelt at en person følte behov for å fortsette å bruke stoffet. Ved å få litt bedre oversikt over de mange forskjellige stoffene har man forsøkt å dele den opp etter den type av anhengighet som de skapte. Karl Evang skrev at avhengigheten er bare den ene side av saken. Den annen side er "selve stoffenes giftvirkning, på kort sikt i form av en eller annen type bedøvelse, rus, sanseforskyvning eller opphisselse, på lengre sikt med større eller mindre skader på individet og dets forhold til omgivelsene" (1).

1.3 Lover og forskrifter

Lov om legemidler og gifter av 20. juni 1964, førte til at lovverket som regulerte befatning med narkotika ble endret (5). Legemiddeloven fikk et eget kapittel om narkotika, kapitel VI "Narkotika m.v.", som inneholdt bestemmelser om narkotiske stoffer og som stort sett svart til opiumsloven av 1928 (4). Loven fra 1964 skiller ikke harde og milde stoffer. Synet på all narkotika som like farlig, har alltid vært til stede i norsk narkotikapolitikk.

I likhet med den tidligere opiumslov – og i samsvar med Narkotikakonvensjon av 1961 – inneholdt legemiddeloven ingen spesifisering av hvilke stoffer som skulle regnes som narkotiske. Dette ble overlatt til Kongen i statsråd å bestemme, og forskrifter om dette ble gitt ved kgl.res. av sjette januar 1965. Hvilke stoffer som skulle betraktes som narkotiske var regulert i narkotikaliste. Denne såkalte narkotikalisten var identisk med den internasjonale narkotikalisten som var utarbeidet i forbindelse med narkotikakonvensjonen. Cannabis, heroin og desomorfin ble totalforbudt, mens andre opiater, kokain og visse andre stoffer var tillatt brukt i medisinsk og vitenskapelig øyemed. Opiumsvalmuer – som ble benyttet som hageblomster – kunne fremdeles dyrkes, dersom de ikke ble benyttet til produksjon av opium (2).

Helsedirektøren bestemte om legemiddel forskrivning. Legemidler som var vanedannende og ga avhengighet ble merket i gjeldende takster med bokstavene A og B. Med

vanedannende legemidler mentes legemidler som kan gi: rusopplevelse eller eufori, toleranseutvikling (tilvenning), abstinenssymptomer. I forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek av den 19. februar 1965 § 2 ble det bestemt at helsedirektøren bestemmer hvilke gruppe legemidler skal høre til. Legemidler gruppe A var legemidler som var sterk vanedannende. Eksempler er morfin og andre opiater som virker smertestillende. Legemidler gruppe B var også legemidler som var vanedannende, men ikke fullt så sterke som A-preparater. Eksempler beroligende, smertestillende og sovemidler (6).

Maksimumsstraffen på seks måneder ble foreslått opprettholdt. Sosialkomiteen i Stortinget og Riksadvokaten la frem forslag på utvidelse av strafferammen til to år, slik Oslo politikammer gjorde i 1928. Riksadvokatens begrunnelse var forventet økning av smugling og misbruk, og at dette var så alvorlig grad at strengere straff var rimelig. Det ble også lagt frem forslag om adgang for Helsedirektøren til å gi opplysninger til politiet om mulige narkotikaforbrytelser. Begge forslag ble vedtatt i Stortinget uten debatt (2, 7).

Nok en endring i Legemiddeloven av 1968 medførte at bruk uten besittelse ble sett på som forseelse. Tillegget av § 162 i straffeloven om allmennfarlige forbrytelser medførte en utvidelse av strafferammen fra to til seks år. Ifølge loven skulle medvirkning straffes som andre overtredelser og forsøk straffes som fullbyrdet overtredelse. Dermed hadde Norge to lover som omhandlet narkotika, Straffeloven ble vedtatt med mål om å ramme profesjonelle narkotikaforbrytelser – den såkalte ”proffparagrafen”. Justiskomiteen uttalte i 1968 at ”det er rimelig å anta at strenge straffebestemmelser vil virke preventivt bl.a. i den forstand at internasjonale bander ikke – eller mer sjelden – vil ta risikoen ved å operere på det norske marked”. Smitterisiko var fremført som begrunnelse til strengere straffer, da enhver misbruker måtte anses som smittekilde. Hansen skrev at ”loven gav mulighet til å idømme ubetinget soning i institusjon, eller betinget dom med behandling som vilkår. Man mente at dette representerte terapeutiske tiltak”. Strafferammen ble hevet til ti års fengsel ved lovendring i straffelovens § 162, 21. april 1972. Begrunnelser for dette var flere. Det var forventning om økning av kriminaliteten rundt narkotika. Beskyttelse av allmennheten var også viktig. Dessuten begynte man å bli bekymret for ungdommen. Justisdepartementet pekte på ”oppvoksende ungdom som er i faresonen og det er nødvendig å beskytte ungdommen og samfunnet” (7).

Hallusinogene stoffer, amfetamin og barbiturater falt utenfor narkotikalista og mellom de stoffene som fikk en viss utbredelse blant unge stoffmisbrukere, var også slike stoffer. I

forskriftene ble det bestemt at departementet kunne gjøre bestemmelsene gjeldende også for andre stoffer. Etter hvert som det ble kjent at nye stoffer fikk innpass i stoffmisbrukmiljøet, fulgte departementet opp med å likestille dem med narkotika i strafferettslig forstand. Etter at Norge hadde ratifisert psykotropkonvensjonen i 1971, ble samtlige stoffer som falt inn under denne, tatt med i den nye narkotikalistens av 30. juni 1978. De i praksis viktigste stoffene – som amfetamin og barbiturater - var likestilt med narkotiske stoffer. Benzodiazepiner ble også inkludert i den nye lista – selv om de på det tidspunkt falt utenfor psykotropkonvensjonen. I 1979 ble f. eks. katin – det aktive stoffet i khat – opptatt på listen, og i 1980 gjaldt det samme dekstropropoxyfen – et opiatliknende stoff som hadde fått stor illegal utbredelse (2).

Også på det strafferettslige område hadde det skjedd endringer. I 1981 ble maksimumstraffen hevet på ny, denne gang til 15 års fengsel. Nok en gang var argumentene av allmennpreventive hensyn. I 1984 ble både Lov om legemidler (8) og straffelovens § 162 endret. Endringen medførte at særlige alvorlige narkotikaforbrytelser kunne straffes med inntil 21 år. Grensen mellom forseelse og forbrytelse ble endret. Bruk av narkotika ble definert inn under et eget ledd i legemiddeloven med en strafferamme på seks måneder, bruk ble sett på som forbrytelse og ikke lenger forseelse. Maksimumstraffen for mindre alvorlige narkotikaforbrytelser ble satt til tre år. Dette førte til en offentlig debatt, og begrunnelsene for lovendringen var holdningsskapende effekt, vern av samfunnet, vern av ofrene og en strafferamme som stod nær befolkningens oppfatning av narkotikaforbrytelsenes alvorlighetsgrad. Det ble satt spørsmålsteget ved straffetrusselens preventive effekt (2, 7).

1.4 Utvikling og omfang av narkotikamisbruket i Norge

I St. meld. nr. 16 (1996-97) henvises det til St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer, der ble det for første gang gitt en bred redegjørelse for utviklingen av narkotikamisbruket i Norge fram til 1975 (9). Utviklingen ble beskrevet i tre noenlunde avgrensede perioder:

- Den første perioden fram til omkring 1940 var preget av et mindre antall ”klassiske” narkomane, som nesten uten unntak skaffet seg stoffer gjennom legale kanaler.

-
- I den andre perioden fra omkring 1940 til 1965 ble det etter hvert tatt i bruk et økende antall syntetiske legemidler som sovetabletter og angstdempende legemidler som kom på markedet, hvorav en del viste seg å kunne gi avhengighet som uønsket bivirkning. Nye misbruksproblemer utviklet seg til dels upåaktet, særlig blant middelaldrende og eldre personer. Av opplysninger innhentet av helsemyndighetene i 1966, framgikk det at anslagsvis 500 personer årlig ble innlagt i sykehus for narkomani og anslagsvis 1200 for medikamentforgiftninger.
 - Den tredje perioden, fra omkring 1965, kjennetegnes i Norge ved misbruk av illegale, avhengighetsskapende stoffer uten medisinsk betydning, blant ungdom. Misbruket fant ofte sted i større eller mindre grupper, ”gjenger”, som ikke sjelden kollektivt skaffet og brukte forskjellige typer av narkotika og rusmidler, særlig cannabis (marihuana eller hasjissj), amfetamin, LSD, kokain og heroin. Misbruket var særlig utbredt blant ungdomsgrupper fra sosialt og økonomisk mer ressurssterke miljøer.

Utover 1970-tallet utviklet det seg etter hvert etablerte narkotikamiljøer i de største byene i Norge. Miljøene endret seg og trakk til seg ressursvake ungdommer, som i tillegg hadde store sosiale tilpasningsproblemer i forhold til skole og familie. Opiatene overtok for hasjissj og marihuana, og en utviklet begrepet misbrukerkarriere (10).

Å tallfeste den totale rusmiddelbruken i befolkningen er komplisert, og alltid beheftet med usikkerhet. I 1968 ble det bare etterforsket 201 narkotikaforbrytelser. Antall beslag av illegale stoffer økt, se tabell 1, som illustrer denne økningen (11).

Tabell 1: Antall beslag av heroin, cannabis, amfetamin og kokain 1974 – 1986.

Kilde: Kriminalpolitisen

Antall narkotikabeslag <i>Number of seizures</i>				
	Heroin <i>Heroin</i>	Cannabis <i>Cannabis</i>	Amfetaminer <i>Amphetamines</i>	Kokain <i>Cocaine</i>
1974	59	727	80	0
1975	57	521	87	0
1976	77	726	134	1
1977	53	636	62	1
1978	106	1 154	71	4
1979	157	1 313	77	14
1980	214	1 742	79	22
1981	202	1 911	127	7
1982	174	2 002	262	14
1983	55	1 377	155	14
1984	77	1 312	188	15
1985	256	2 478	282	11
1986	348	2 744	423	11

Note: Oslo politidistrikt er ikke medregnet for årene 1983 og 1984.

1.5 Synet på stoffmisbruk

Synet på stoffmisbruk variert i ulike faser og dermed også påvirket misbrakerbehandlingen i Norge. Tidligere anså man nærmest morfinister, kokainister osv. som uheldredelige. Disse pasienter ble hos oss, i likhet med i de fleste andre land med tilsvarende utvikling av sykehusvesenet, tidligere behandlet i psykiatriske klinikker. Den tradisjonelle behandling av en rusmisbruker beskrevet av Karl Evang (12). For eksempel behandling av en morfinist, i tidligere tid foregikk i alminnelighet slik: pasienten ble innlagt på en spesialegnet medisinsk institusjon, undertiden frivillig, undertiden som vilkår for å slippe straff, undertiden direkte under tvang (tvangsplassering av rusmisbrukere har vært lovhjemlet siden 1932 (edruskapsloven)), og all bruk av morfin ble enten brått eller trinnvis brakt til avslutning. Plagsomme og smertefulle abstinensfenomener ble behandlet på sykehuset som best man kunne, og så ble pasientene for en kortere eller lengre periode holdt under nøye tilsyn, ja, under tiden helt isolert, for å hindre dem fra å komme i kontakt med det stoffet de var blitt avhengig av. Når det punktet var nådd da det lot til å være en rimelig

sjanse for at de hadde fått ”herredømme over sin svakhet” – ikke sjelden faktisk lenge før et slikt punkt var nådd – ble pasienten skrevet ut. Behandling var gjennomført og avsluttet. Dels skjedde dette fordi vedkommende narkomane ikke var motivert for behandling i institusjon eller ansås lite egnet for behandling der, og dels en mangel på plasser gjorde at en del narkomane i stedet ble behandlet av lege utenfor sykehus (12).

Frem til slutten av 1950-årene, i følge Hauge, R. (13), legene sto fritt til å forskrive de legemidler til sine pasienter som de fant mest formålstjenlige, og i de mengder de anså for nødvendige. Dette gjaldt også for de legemidler som morfin, heroin og kokain, selv om forskrivning av de to siste stoffene var forholdsvis sjelden. De som var avhengige av slike stoffer, kunne få dem gjennom sin lege. Dersom deres vanlige lege ikke var villig til å skrive ut resept på de stoffene de ønsket, kunne de oppsøke en annen lege som var mer liberal i sin forskrivning. Reseptene ble beholdt på apoteket og kunne inspiseres av myndighetene. Men legens skjønn kunne ikke overprøves. Selv om helsemyndighetene fant at en lege hadde forskrevet større mengder stoff eller forskrivningen på en annen måte var i strid med det som måtte anses for medisinsk ønskverdig, kunne det ikke iverksette sanksjoner overfor legen verken fra helsemyndighetenes eller strafferettsapparatets side. Bare dersom legen selv misbrakte narkotiske stoffer, kunne han eller hun fratras retten til å skrive ut slike stoffer så lenge misbruket fortsatte (13). Langtidsforskrivning av avhengighetskapende legemidler ble av og til omtalt som ”å gi kvoter”. Ordningen stammer fra Karl Evangs tid som helsedirektør og ble opprettet i 1950-årene (12).

Utover på 1950-tallet begynte det å spre seg en viss bekymring over det legale stoffmisbruket. Norske erfaringer tydet på at misbruk både av morfin og av barbiturater syntes å trenge ta tak i. I følge Ragnar Hauge, på grunnlag av reseptregistreringene, hadde helsedirektøren i 1956 kjennskap til 700 misbrukere som gikk på faste doser – de fleste på morfin (11). Hauge henviser i sin bok ”Fra opiumskrig til legemiddelkontroll” og i ”Norsk narkotikapolitikk – en beskrivelse og vurdering” til Ot.prp.nr. 52 (1957) om at en undersøkelse av enkelte legers forskrivninger av morfin som helsedirektøren foretok, viste at seks leger forskrev 2,4 % av all morfin i landet, hvilket var omtrent like mye som den samlede forskrivning fra alle leger og sykehus i for eksempel Bergen. Tjue leger var på landsbasis kjent som storforskrivere, og kontroll av apotekenes rusgiftprotokoller viste at hovedmengden gikk til ”eufomaner som var kjent av Helsedirektoratet” (2, 13). Det ble derfor innført anledning til å påtale legers forskrivning og en mulighet til å begrense deres

forskrivningsrett. I 1957 ble vedtatt endringer i legeloven for å få forskrivningspraksisen under kontroll. Det ble opprettet et kontrollråd som skulle føre kontroll med legens forskrivning. Dersom kontrollrådet fant at en legens forskrivning av ”bedøvende midler” måtte anses uforsvarlig, kunne retten til å forskrive slike legemidler fratas vedkommende for en periode på inntil fem år. Begrepet ”bedøvende midler” omfattet i tillegg til de stoffene som var regulert i opiumsloven – opiat, kokain og cannabis – også amfetamin og barbiturater (13).

Problemet, avhengighet av et legemiddel, ble likevel oppfattet som et medisinsk problem som helsevesenet skulle løse. Listen over pasienter som var avhengige av vanedannende legemidler ble distribuert til leger og apotek. Listen til legene skulle forhindre legeshopping - rundgang fra lege til lege for å få forskrevet fra flere kilder. Listen til apotekene skulle sikre at pasientene bare fikk utlevert legemidlene fra ett utpekt apotek. Meningen var imidlertid ikke at pasienten skulle få forskrevet noen ”kvote”. Pasienten skulle få en forsvarlig legeoppfølging, og ordningen skulle forhindre ”uhensiktsmessige legekontakter”. Den mer restriktive praksis med forskrivning av stoffer som endringer av legeloven innebar, førte til at det mot slutten av 1950-årene i beskjedne målestokk oppsto et illegalt marked. Man så et behov for på en eller annen måte å kunne gripe inn. I 1957 ble derfor edruskapsloven – som ga hjemmel for å tvangsbehandle alkoholister – utvidet til også å gjelde for narkotikamisbrukere (12, 13).

Først på 1960 tallet begynte behandlingen av rusmisbrukere da ut fra sykdomsmodellen som vi i dag igjen ser konturene av. Denne sykdomsforståelsen hadde klar tilknytning til AA (Anonyme alkoholikere) sin ideologi hvor sykdommen sees på som uhelbredelig og en må søke hjelp i krefter utenfor seg selv, en høyere makt, en religion. Behandlingsfeltet har vært preget av mange religiøse institusjoner og bevegelser, som Blå Kors, Hvite Bånd og Evangeliesentrene, Kameratklubber, Frelsesarmeen, og tidligere Indremisjonen, nå stiftelsen Kirkens Bymisjon, som spilte en vesentlig rolle i etablering og drift av ulike typer institusjoner og tiltak og hvor totalavhold ofte var den bærende ideologien. I 1962 ble Statens klinikk for narkomane på Hov i Land åpnet (13).

Psykiatrien kom for alvor inn i behandling av narkomane på 1970 tallet da misbruk ble sett på som et sosialt og psykiatrisk problem. Karl Evang angrep det han kalte for et primitivt syn på mennesket og på narkomani, hvor legene mest vesentlig var opptatt av mennesket som kroppslig, legemlig vesen, og som han skrev: ”Det er ... i de sinnsmessige (psykiske) og

sosiale virkninger farlighetsgraden av narkotiske stoffer må måles, og her vet vi at virkningene på det enkelte individ ikke bare er avhengige av hvilket stoff som brukes, men av den mentale tilstand hos individet og den sosiale situasjonen han befinner seg i“ (12).

På flere psykiatriske sykehus ble det i begynnelsen av 70-tallet etablert tverrfaglige team, som skulle støtte opp under behandlingen av den nye pasientgruppen. I 1971 ble det etablert et tverrfaglig psykiatrisk team ved daværende Nevengården (senere Sandviken) psykiatriske sykehus i Bergen. I 1974 ble det opprettet et tilsvarende team ved Gaustad sykehus i Oslo. Sosialdepartementet nedsatte i 1974 en arbeidsgruppe for å utrede behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmisbrukere, og samtidig ble det foretatt en undersøkelse av stoffmisbrukere som var innlagt i ulike institusjoner. Arbeidsgruppen konkluderte med at hjelpen til de nye misbrukerne var for tradisjonelt orientert innen psykisk helsevern. Den ønsket små utradisjonelle enheter knyttet til de psykiatriske sykehusene. Den la vekt på at det ikke skulle etableres en særomsorg for rusmisbrukere, men påpekte at det var behov for tverretattlig og tverrfaglig innsats. Behandlingen ved de psykiatriske sykehusene måtte styrkes, og disse måtte påvirkes til å møte denne gruppen behandlingstrengende klienter på en måte som var bedre tilpasset gruppens behov. Dette innebar at det måtte gis polikliniske behandlings- og rehabiliteringstilbud både innenfor og utenfor psykiatrien. På grunnlag av disse betraktningene ble det foreslått å opprette tverrfaglige team i alle fylkeskommuner, knyttet til de psykiatriske sykehusene. I St.meld. nr. 66 (1975 - 76) om Narkotikapolitikken ble det foreslått å formalisere slike polikliniske team (14).

Som en viktig del av behandlingstilbudet til unge stoffmisbrukere, gikk staten allerede i 1976 inn med 3-årige tilskudd til etablering av psykiatriske ungdomsteam. Opprettelsen av de psykiatriske ungdomsteamene representerte et forsøk på å bryte ned skillet mellom rus og psykiatri. Teamene ble organisert innenfor psykiatrien, men utgangspunktet for henvisning var stoffmisbruk, ikke psykisk lidelse. Idéen var at det bak alvorlig rusmisbruk oftest lå psykisk lidelse. De psykiatriske ungdomsteamenes reelle tilknytning til den øvrige psykiatrien var imidlertid meget varierende og til dels personavhengig (14).

Mot slutten av syttitalet kom den sosialpsykiatriske, sosialkulturelle og sosialpedagogiske tenkningen for alvor inn i bildet også innenfor behandlingsapparatet, men ulike behandlingstilbud hadde ulike vektlegging på årsak og behandling, mange av behandlingstilbudene presenterte behandlingsmetodene i svært generelle vendinger, andre var mer spesifikke, eksempelvis tiltakene som gjorde bruk av AAs 12-stepsfilosofi og hadde

utgangspunkt i at avhengighet av rusmidler var en progressiv sykdom som kunne holdes i sjakk ved totalavhold fra rusmidler (Kvinnekollektivet Arken, A-klinikken i Kristiansand, de såkalte Minnesota-klinikkene osv). Andre eksempler var de hierarkiske terapeutiske samfunn, der klienten arbeidet seg oppover i institusjonshierarkiet (f eks Veksthuset) og enkelte bo- og arbeidskollektiver (f eks Sollia-kollektivet som bygger på en sosialpedagogisk modell med aktiv deltagelse i gårdsaktiviteter og lignende). Felles for dem alle var at narkomani ble sett på som et sosialkulturelt fenomen. Den sosiokulturelle forståelse av rusmisbrukere var også på 1980-tallet (15, 16).

1.6 Organisering av rusomsorg

Helt siden narkotikamisbruk oppsto ble det regnet som et sosialt problem, og Norge organiserte rusomsorgen under sosialtjenesten. Lov om sosial omsorg (5 juni 1964) som bestemte at sosialstyrets, dvs. i praksis sosialkontorets, viktigste oppgaver var å samordne det sosiale arbeid i kommunen, føre tilsyn med institusjoner, planlegge sosiale tiltak og yte tjenester i form av veiledning og økonomisk hjelp. I tillegg kom oppgaver sosialkontoret var pålagt av barnevernsloven, edruskapsloven, lov om stønad til skilte og separerte forsørgere, samt oppgaver kommunestyret måtte pålegge. Sosialkontoret var mest kjent som sosialhjelpen. Sosialkontoret skulle yte hjelp til ”den som ikke er i stand til å sørge for sitt eget livsopphold eller dra omsorg for seg selv” (lov om sosial omsorg § 3.1) eller til ”personer som trenger det for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon” (lov om sosial omsorg § 3.2) (17). Sosialhjelpen dreide seg i hovedsak om økonomiske ytelser i form av lån eller bidrag, som supplement til personer eller familier hvis inntekter eller trygdeytelser alene ikke holdt til å dekke daglige livsnødvendige utgifter til mat, bolig og klær, til personer som var uten lønnet arbeid og som ikke fylte vilkårene for statlige trygdeytelser og til personer som trengte det for å komme over en kritisk økonomisk situasjon (18).

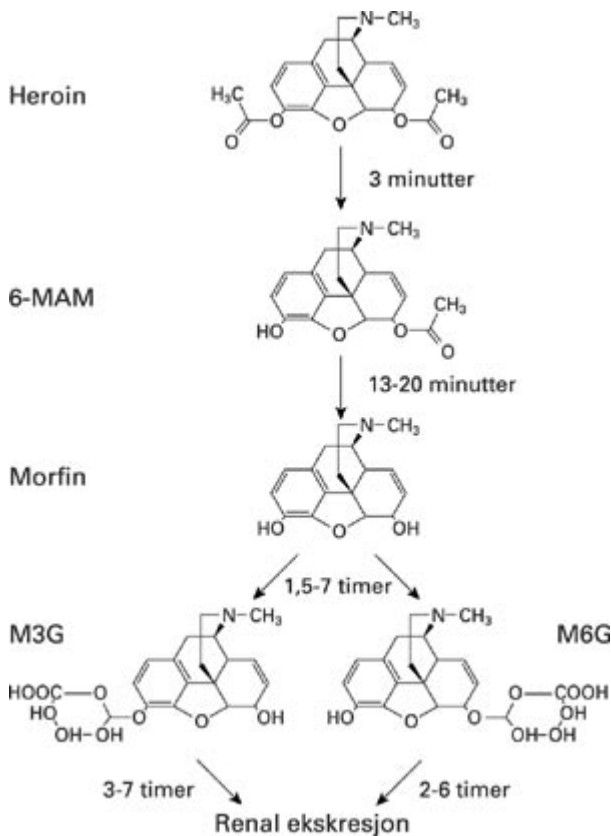
1.7 Metadon og heroin

Diacetylmorfin hydroklorid (heroin) er et syntetisk opioid. Heroin ble første gang fremstilt av den britiske kjemikeren Wright, C.R.A., i 1874 i den hensikt å produsere en ikkeavhengighetsskapende erstatning til morfin. Wright, C.A., laget heroin da han kokte morfin sammen med syreanhydrat over ovnen i flere timer. Mindre enn 20 år senere, i 1898, konkluderte tyske forskere som testet diacetylmorfin, med at dette var en meget god behandling mot bronkitt, hoste, astma og tuberkulose (19).

Etter hvert ble det oppdaget vanedannende effekt av heroin. I USA ble heroinproduksjon forbudt i 1924 og på denne tiden kom det også restriksjoner i andre vestlige land. England var ett av landene som hele tiden hadde beholdt heroin som tilgjengelig legemiddel. Frem til 1960 kunne leger forskrive heroin til brukere hvis seponering kunne være skadelig eller veldig ubehagelig for pasienten. Holdningene begynte å endre seg, og i 1964 fikk bare spesialistklinikker og utvalgte leger lov til å forskrive heroin til brukere. Fra 1970 endret retningslinjene seg til avhold og metadonforskrivning (20).

Heroin er morfin med acetylgrupper i 3- og 6-posisjoner, se figur under. Acetylgruppene gjør heroinmolekylet om lag 200 ganger mer fettløselig enn morfin. Heroin kan derfor krysse blod-hjerne-barrieren raskere enn de fleste andre opioider, og flere ganger så raskt som morfin (21). Dette kan forklare hvorfor nettopp heroin foretrekkes blant opioidmisbrukere. Heroin omdannes i kroppen til morfin i løpet av den første halvtime etter inntak. Morfin har blitt betraktet som det nedbrytningsproduktet som er viktigst for heroinets mange effekter i kroppen (22).

Figur 1: Metabolisme av heroin *.



*6-MAM (6-monoacetylmorfin), M3G (morfin-3-glukuronid), M6G (morfin-6-glukuronid)

Metadonhydroklorid (metadon) er også et syntetisk opioid. Metadon ble opprinnelig fremstilt under den annen verdenskrig som erstatning for morfin, som da var mangelvare. Metadon har lignende virkninger som morfin. Metadon kan gi ruseffekt med endret stemningsleie avhengig av dosen. Toleranseutvikling, avhengighet tilsvarende som andre opioider. Metadon har en høy biologisk tilgjengelighet (> 80 %) i forhold til heroin/morfin, lang halveringstid (10 – 50 timer) i forhold til morfin/heroin. Når heroinmisbrukere bruker metadon, kan suget etter heroin avta (23). Metadon har siden midten av 60-tallet blitt brukt i ulike former og med ulikt resultat rundt om i verden.

Metadon ble tatt i bruk i behandlingen av opioidavhengighet i USA på slutten av 1960-tallet. I New York besluttet man å igangsette et prøveprosjekt ved Dole og Nyswander, som gikk ut på å la frivillige rusmisbrukere selvadministrere ulike opioider, blant annet heroin, morfin og metadon. Pasientene økte stadig dosen av heroin og morfin i tråd med toleranseutvikling, når det gjaldt metadon så man et annet mønster. Dosen ble økt til et visst nivå hvor pasientene

syntes å fungere bra. Etter en stund begynte de å etterspørre sosiale tiltak som arbeid og bolig (24).

For heroinbrukere i Europa ble vedlikeholdsbehandling med metadon først tatt i bruk i Sverige i 1967 (25), Nederland og Storbritannia i 1968 (20, 26) og Danmark i 1970 (27), men denne typen behandling var i mange år lite utbredt. Fra syttitallet vokste kritikken mot vedlikeholdsbehandling med metadon (28, 29).

I Norge ble metadon tatt i bruk i noen grad. Leger kunne forskrive metadon som kvoter til registrerte opiatavhengige. Metadon ble brukt til nedtrapping, og ved Statens klinikk for narkomane forsøkte man seg med et metadonvedlikeholdsprogram. Dette var ikke særlig vellykket. Men selv om det ikke fantes en offisiell behandling i Norge, fortsatte privatlegene utskrivning av metadon til opiatavhengige. Forskrivningen av metadonresepter var økende. Helsedirektoratet så med bekymring på reseptutskrivningen og gikk ut med advarsler. Selv om legene fikk advarsel fortsatte forskrivningen. Legene opplevde betydelig press for økt kvote, salg av legemidlet og uheldig miljødanning rundt enkelte av pasientene (30)

Fra begynnelsen av 1970-tallet ble det sett på som medisinsk feilaktig å forskrive metadon og metadon ble fremstilt som meget farlig, da Rettsmedisinsk institutt i Oslo hadde registrert fem tilfeller av dødelig metadonforgiftning i 1972. En økende behandlingsmessig optimisme førte i tillegg til at ”kvotebehandling” ble ansett som dårlig praksis. Det var å ”gi opp pasienten”. ”Kampen mot narkotika” kom på dagsordenen, og 1. juli 1976 innførte Helsedirektoratet (nåværende Statens helsetilsyn) særbestemmelser for metadon i utleveringsforskriftene tilknyttet legemiddelloven. ”Kvoter” skulle ikke gis, og metadon skulle bare kunne brukes til smerteførmål og kun forskrives i sykehus. Ordningen med tildeling av kvoter ble derfor avviklet. Behandling med metadon fortsatte imidlertid i andre land, men i Norge skulle medikamentfrihet være målet for behandling av stoffavhengige. Behandlingen var basert på kombinasjon med avvenning, psykofarmaka, ro, psykoterapi, ergoterapi og gruppeterapi (30-33).

Holdningen styrte også 1970- og 1980-tallets behandlingspraksis, som la vekt på absolutt stofffrihet. Substitusjonsbehandling med opioider ved opiatavhengighet har vært omstridt internasjonalt og i Norge. På 70- og 80-tallet var det massiv motstand mot dette i Norge, og denne avvisningslinja hadde brei faglig og politisk oppslutning. I 1983 skrev Tore Hoel, som da var leder i tidsskriftet Stoffmisbruk: ”Etter at metadon-kranen ble stengt, ble det meldt om

et bedre og roligere behandlingsklima ved flere behandlingsinstitusjoner. Avgiftningen gikk lettere etter at alle på forhånd visste at det ikke ble brukt medikamenter. Etter at metadonet forsvant, ble det også mindre abstinenssymptomer å se. Dermed sprakk også den siste begrunnelsen for at metadon overhodet var nødvendig i misbruksbehandlingen”. Det understreket enighet om at metadon var helt unødvendig i misbruksbehandlingen, men knyttet også utsagnet rusbehandling opp mot institusjonsbehandling. Dette var et sentralt trekk i organiseringen av rusomsorgen allerede fra 1970-tallet. ”Det narkotikafrie samfunnet” var målet for behandlingen av stoffmisbrukere (31, 32, 34).

1.8 Apotekenes rolle

Apoteket har tradisjonelt hatt en sentral rolle ved utlevering av vanedannende legemidler. Apotekenes rolle fremkom av gjeldende apotekloven fra 1963 kap. VIII. § 27 og § 29 om leveringsplikt. I følge denne loven § 27 skulle apoteket ”så hurtig som mulig ekspedere de legemidler, forbindingssaker og sykepleieartikler som forlanges”. Apotekets leveringsplikt omfattet ikke varer som kom inn under bestemmelsene om bedøvende midler (jfr. Lov om legemidler og gifter, kap. VI), når apoteket hadde fått melding fra helsedirektøren om at slik vare ikke kan utleveres til en slik person, og ved mistanke om misbruk, skulle utlevering ikke finne sted før apoteket har konferert med den som har skrevet ut resepten (35).

Utlevering av vanedannende legemidler var regulert i forskrift av 19. februar 1965 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Ved utlevering av vanedannende legemidler fra apotek ble pasientens identitet kontrollert, og det kunne også blitt kontrollert om pasienten var oppført i et særskilt register over pasienter som var avhengige av vanedannende legemidler. Forskrivers identitet og forskrivningsrett ble kontrollert (6).

Apotekenes oppgave var å påse at pasienten fikk utlevert de legemidlene legen hadde forskrevet, og at legemidlene var påført en riktig og forståelig bruksanvisning. Apotekene skulle også gi den tilleggsinformasjon som var anset nødvendig i de enkelte tilfeller. Denne del av apotekenes arbeid ble regulert av overnevnte utleveringsforskriften som ble redigert etter tid.

Resepten på legemidler i utleveringsgruppe A (narkotiske preparater) kunne bare brukes en gang og ble oppbevart i apoteket i tre år for eventuell kontroll (6).

Apotek var pålagt å føre bøker om innkjøp, forbruk eller utlevering av narkotika fra apotek, jf forskrift om narkotika (1965) § 9. Utrag av bøker skulle på forlangende meddeles departementet (36).

2 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Hensikten med oppgaven har vært å studere hvordan det norske samfunnet i periode 1986-2005 satte i verk tiltak mot rusmiddelmisbruk, med hovedvekt på legemiddelassistert rehabilitering av heroinmisbrukere.

3 METODE

Oppgaven er basert på en litteraturstudie (dokumentanalyse) om utviklingen i rusmiddelomsorgen i Norge fra 1986 til 2005.

Litteratursøk: rapporter, rundskriv, artikler ble funnet på nettsøk. Store deler av kildematerialet har vært tilgjengelig på nettsiden til Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, Statens helsetilsyn og forskningsorganisasjoner, blant dem er SIRUS og SINTEF. En del litteratur måtte søkes via UiO biblioteket.

4 RESULTATER

4.1 Synet på narkotika misbruk

Tiltak for å redusere etterspørselen og tiltak for å redusere tilgangen var de tradisjonelle bærebjelkene i kampen mot narkotika. Utover 1980-tallet fikk også psykologiske forståelsesmodeller mye å si innen behandlingen av narkotika misbrukere, hvor fokus på emosjonell bearbeiding ble viktig i gruppe- individuellterapi (32, 37).

Heroin ble sett tidlig på 1980-tallet betraktet som et farlig dødbringende stoff, og det utviklet seg en konsensus blant fagekspertise, politikere og i media, om at stoffet måtte bekjempes med alle mulige midler. Tyrilikollektivet startet på 1980-tallet som et alternativ til sykdomsmodellen, hvor legemiddelfri rehabilitering var tilnærmingen, bygd på verdier som solidaritet, fellesskap og likhet. Den sto i sterk kontrast til synet på misbrukeren som syk og hadde en sosiokulturell forståelse av misbruk, men utviklet en mer sosialpedagogisk tilnærming i møte med misbrukerne. De så på misbrukerne som et ansvarlig individ med både rettigheter og plikter. Bo- og levefellesskapet var hjørnesteinen i rehabiliteringen av klientene og motivasjonen for jobben var å rehabilitere mennesker bort fra nedverdiggelse og i verste fall død. Tyrili i likhet med andre kollektiver som Sollia, representerte på 1980 tallet således et menneskesyn hvor forståelsen av rusavhengighet var nært knyttet til hvordan mennesket er formet av materielle, økonomiske og kulturelle forhold som preget samfunnet. I følge Tjersland, Jansen og Engen, Tyrilikollektivet gikk lenger enn mange andre institusjoner i å ta avstand fra sykeliggjøringen både i medisinsk og psykiatrisk forstand (38).

Ut fra denne sosiokulturelle forståelsen hadde ikke metadon noen effekt fordi ritualet knyttet til bruken var viktigere enn selve stoffet. Metadon gitt av helsepersonell i sterile omgivelser ga derfor ikke det samme "kikket" som et heroinskudd ga. Også Veksthuset i Oslo kunne stå som representant for denne "medikamentfrie" behandlingen av stoffmisbrukere og synet på metadon var i følge Astrid Skretting representativt for den sosiokulturelle forståelsen (39).

4.2 Organisering av tiltak

I følge Norges offentlige utredninger frem til 2003 utgjorde behandling i institusjon for rusmiddelmissbrukere i Norge, i motsetning til mange andre land, en relativt stor del av det samlede behandlingstilbudet. Det var imidlertid også lagt vesentlig vekt på utbygging av polikliniske behandlingstiltak. De polikliniske behandlingstiltakene fantes dels i tilknytning til døgninstitusjoner, som egne enheter eller som del av et samlet behandlingstilbud, dels som mer eller mindre frittstående poliklinikker (15). Noen av disse institusjonene var eid av det offentlige, mens andre var private. De private tilbudene omfattet små institusjoner som tok meget krevende brukere, samt ikke minst de tradisjonelle behandlingskollektivene som for eksempel Fossumkollektivet og Tyrili (15).

4.3 Substitusjonsbehandling

4.3.1 Norske holdningsendringer

I følge Randi Ervik, Marlatt, G.A., Helgesen, J.H.I., oppstod skadereduksjonstenkningen i midten av 1980-tallet, først og fremst for å begrense utviklingen av det man trodde skulle bli en HIV-epidemi blant injiserende rusmisbrukere (40-42). Undersøkelser av lagrede blodprøver fra stoffmisbrukere viste det første positive HIV-funn i 1983. Dette tyder på at HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere startet for alvor i 1983-84, se tabell 2.

Tabell 2: HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår - diagnostisert pr 31.12.95 (Kilde: MSIS, Folkehelsa)

Risikofaktor	Antall tilfeller diagnostisert													Tot	%
	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95			
Homo-/biseksuell	9	104	68	70	47	48	36	59	27	43	36	45	592	38,5	
Sprøytemisbruk	1	71	66	68	32	23	18	13	12	11	10	9	367	23,9	
Kombinasjon 1+2		5	8	2	2	5	3	2		1		2	30	2,0	
Hemofili/koag feil		20	1										21	1,4	
Fått blod/blodprod		3		6	10	1		1	2	1			24	1,6	
Heteroseksuell pr.		5	11	29	32	23	17	18	28	23	17	20	223	14,5	
Høyend. fødeland		1	6	18	20	29	11	39	31	32	18	27	232	15,1	
Barn av HIV+mor			1		3	2	3						9	0,6	
Ånnet/ukjent		1	1		5	2	3	5	6	2	12	2	39	2,5	
Totalt	10	210	195	193	148	134	90	140	106	113	93	105	1 537	100	

Det høye antall diagnostiserte HIV-tilfeller i 1985 må sees i sammenheng med at det var dette året HIV-testing ble allment tilgjengelig. Mange som ble diagnostisert som HIV-positive i 1985 og i de følgende år, må således antas å ha blitt smittet i årene før 1985. Dette innebærer at tallene for 1985 - 1987 ikke avspeiler det reelle antall nye tilfeller, men er kummulative tall for misbrukere som ble HIV-smittet en eller annen gang i perioden fra slutten av 1970-tallet fram til de ble diagnostisert som HIV-positive. De rusmisbrukere som brukte sprøyter hadde en betydelig risiko for å pådra seg smittsomme sykdommer gjennom bruk av urene sprøyter. En stor del av de HIV-smittede er døde (15).

Man innså at det var behov for nye tiltak i tillegg til de eksisterende. Behovet ble ifølge Ervik forsterket av en økning i antall overdoser med dødelig utfall, spesielt blant eldre rusmisbrukere (40). Dette gjaldt ikke minst i Norge, som i flere år lå øverst på den europeiske statistikken for overdoser med dødelig utfall (43). Antall registrerte narkotikadødsfall i Norge var langt høyere enn det eksempelvis var i Nederland, hvor det ble rapportert at antall narkotikarelaterte dødsfall i "den senere tid" har vært omkring 40 pr år. At Nederland syntes å ha et relativt lavt antall registrerte narkotikadødsfall ble i mange sammenhenger trukket fram som et argument for at man i Norge burde ha en mer liberal narkotikapolitikk (15). Dette innebærer at det antas å være en sammenheng mellom et lands narkotikapolitikk og skadevirkninger i form av narkotikadødsfall.

I følge Norges offentlige utredninger 2003 de første narkotikadødsfallene i Norge ble registrert i 1976, og antallet var relativt stabilt rundt 40 per år fram til midten av 1980-tallet. Deretter har det vært en moderat økning fram til tidlig på 1990-tallet, se tabell 3 (15).

Tabell 3: Antall narkotikadødsfall i Norge. Kilde: KRIPOS

År	Oslo	Utenfor Oslo	Totalt
1980	25	18	43
1981	17	27	44
1982	5	20	25
1983	14	17	31
1984	22	18	40
1985	17	36	53
1986	22	33	55
1987	25	35	60
1988	30	33	63
1989	24	40	64
1990	43	32	75
1991	55	41	96
1992	73	24	97
1993	48	47	95
1994	81	43	124
1995	79	53	132

Skadereduksjon var kjennetegnet av at helhetsperspektivet var det mest fremtredende. Fokus flyttet fra rusfrihet til helse. Definisjonen av god helse var i følge Verdens Helseorganisasjon "legemlig, sosial og mentalt velvære" (44). De skadereduserende tiltak var slike som hadde til hensikt å forebygge HIV-smitte blant stoffmisbrukere. Deling av sprøyter blant stoffmisbrukere medførte risiko for smitte av HIV, det samme gjaldt ubeskyttet vaginal- og analsex. Et viktig siktemål var å finne tiltak som la forholdene til rette for at stoffmisbrukere ikke skulle dele sprøyter. Det understreket i "Skadereduksjon i praksis" at "utdeling av sprøyter og kondomer og veiledning i bruk av dette er tiltak som reduserer skader og risikosituasjoner, og dermed er med på å fremme den enkeltes helse" (43). Norge startet tidlig med tilbud om anonym HIV-testing av stoffmisbrukere og gratis utdeling av sprøyter og kondomer, eksempelvis ble den såkalte informasjonsbussen eller "Sprøytebussen" etablert i Oslo i 1988. Den hadde siden, med få unntak, vært i drift fra tidlig kveldstid til rundt midnatt (18.00 - 00.30) alle årets 365 dager. Det var spesielt viktig å sikre tilgang på sprøyter på kveldstid når apotekene vanligvis var stengt (15). Antall utdelte sprøyter hadde økt fra år til år fra 1989 fram til 1995 da det totalt ble gitt ut 1135878 sprøyter, se tabell 4.

Tabell 4: Informasjonsbussen i Oslo, antall sprøyter delt ut og tatt i retur 1989-1995

Kilde: Årsrapporter fra informasjonsbussen

Antall sprøyter	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Totalt	212 488	381 477	497 325	576 864	626 834	879 702	1 135 878
Gj.snitt pr dag	582	1 045	1 362	1 580	1 715	2 410	3 112
Retur					334 567	431 053	467 610
Andel retur					53%	49%	41%

Dette var kortsiktige løsninger som kunne redusere skadene ved rusbruket, men ikke nødvendigvis hadde direkte innvirkning på selve misbruket. Derimot kunne skadereduserende tiltak på sikt bidra til motivasjon for behandling og rehabilitering. Som Ervik skrevet: ”I stedet for å operere med ett stort mål, rusfrihet, kommer det inn et hierarki av mål, rangert fra det å bli stofffri, gå over fra injiserende til oralt bruk av stoffer, reduksjon i stoffbruk og å unngå å dele sprøyter og kanyler”. Dette betydde ikke nødvendigvis at man gikk bort fra rusfrihet som det ideelle mål, men man aksepterte at endringen skjedde gradvis via flere mindre målsetninger (40).

I følge Astrid Skretting (39) ble det uttrykt stort behov for behandlingsplasser for stoffmisbrukere, men det var ingen som tok til orde for å starte metadonbehandling. I utgangspunktet var det leger uten bakgrunn fra behandling av stoffmisbrukere, som i forbindelse med HIV-epidemien tok til orde for bruk av metadon. Ettersom det kom stadig flere rapporter om økende elendighet blant de eldste misbrukerne og en betydelig økning av narkotikadødsfall, ble spørsmålet reist av stadig flere. I regi av Oslo kommune ble det allerede i 1989 satt i gang et forsøk med vedlikeholdsbehandling med metadon til HIV-positive med langtkommen immunsvikt, uten at dette vakte nevneverdig motstand. Spørsmålet var imidlertid om vedlikeholdsbehandling med metadon skulle bli mer allment tilgjengelig uavhengig av HIV-status. I denne forbindelsen har det funnet sted en tildels heftig debatt blant ansatte i tiltaksapparatet for stoffmisbrukere, i media og i ulike faglige og politiske miljø (39, 45).

På bakgrunn av økning i antall sterkt forkomne heroinmisbrukere, se figur 2 (11) og flere dødsfall, se tabell 3 (15) som var vist før på side 26, dette hang sammen med at dødeligheten blant stoffmisbrukere generelt var høy, nedsatte daværende Norges allmennvitenskapelige forskningsråd i 1991 en ekspertgruppe som anbefalte å starte et 3-årig forsøk med metadonassistert behandling, og Sosial- og helsedepartementet anmodet Oslo kommune om å iverksette et slikt forsøk (45). For å hente råd rettet man blikket mot Sverige som hadde

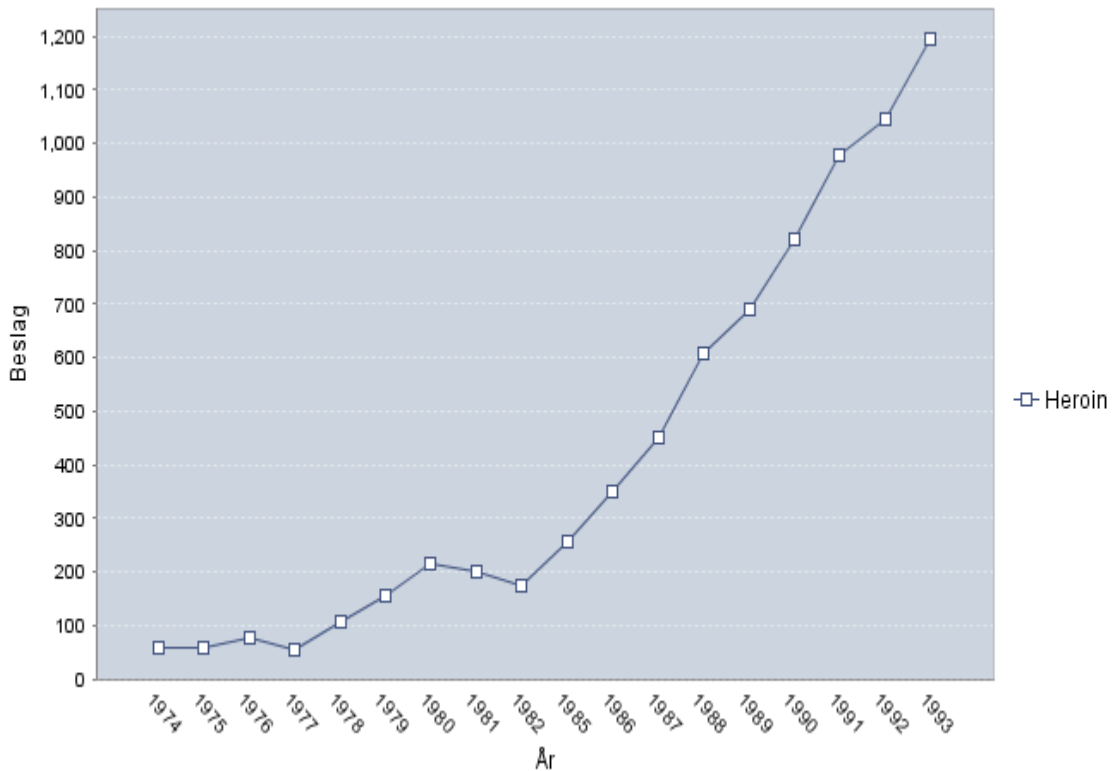
hatt metadonbehandling av narkomane siden 60-tallet. Det var også en svensk lege som fikk ansvaret for dette pilotprosjektet; Dr. Olof Blix. Dette var opptakten til metadonprosjektet i Oslo (MiO). Forsøket ble gjennomført i årene 1994-97 og omfattet 50 hardt belastede heroinmisbrukere. Metadonprosjektet i Oslo hadde streng inntakskregulering og et begrenset antall plasser. Inntakskriterier:

- Langvarig opiatavhengighet (minst 10 års opiatavhengighet). Opiatmisbruket måtte ha vært det dominerende misbruket.
- Langvarig og dokumentert medikamentfri behandling.
- Alder over 30 år.
- Ingen uoppgjorte politi-/straffesaker ved inntak.
- Ordnet boligforhold før inntak.

Det ble lagt vekt på den fysiske helsetilstanden; f.eks. HIV-infeksjon, langtkommen kronisk hepatitt, hjerteklaffinfeksjon eller andre alvorlige og livstruende sykdommer (39, 46).

Metadonbehandlingen i disse to prosjektene (Hiv-met og MiO) ble kombinert med tett psykososial oppfølging, og denne delen av behandlingen har i utgangspunktet vært gitt gjennom Oslo kommunes ordinære behandlingsapparat for rusmisbrukere. To forsøksprosjekter viste imidlertid at vedlikeholdsbehandling var nyttig både for HIV-smittede pasienter og pasienter som hadde hatt stadige tilbakefall etter medikamentfri behandling. Livssituasjonen ble for mange sterkt forbedret og behandlingen resulterte i blant annet bedre fysisk helse, økonomi og bo- forhold. Allikevel var det mange som følte seg ensomme og som opplevde angst og depresjoner. Mange savnet derfor en mer individuell oppfølging i behandlingen samt et bedre aktivitetstilbud både av kollektiv og individuell karakter. Dessuten var mange negative til den strenge kontrollen i prosjektet, som blant annet innebar at klientene måtte avhente og innta metadon under tilsyn samt jevnlig avgi urinprøver. Til tross for dette kunne både HIV-met og MiO vise til gode behandlingsresultater som nedsatt rusmisbruk og økt livskvalitet. På bakgrunn av forsøket foreslo departementet i St meld nr 16 (1996-97) om narkotikapolitikken at metadonassistert rehabilitering skulle bli et landsdekkende tilbud (9). Stortinget sluttet seg til dette, og fra 1998 var det gradvis bygget opp slike tilbud (39).

Figur 2: Antall beslag av heroin 1974 - 1993 (Kilde: Nye Kripos)



Note 1: Tall for 1983 og 1984 mangler fordi det ikke finnes tall fra Oslo politidistrikt for denne perioden.

4.3.1.1 Apotekenes rolle

Apotekene var sentrale i den skadereduserende tiltak som ble satt i gang ved å sikre best mulig tilgjengelighet av sprøyter. Enhver som ønsket det, kunne kjøpe sprøyter på apoteker. I utlevering av metadon spilte apotek også en vesentlig rolle.

Ullevål apotek var en stund det eneste apotek i Oslo som utleverte metadon. Apoteket hadde deltatt i utlevering av metadon siden januar 1991. I en artikkel i Norges Apotekerforenings Tidsskrift fra 1998 skrev reseptar Merete Klausen om at det begynte smått og pent med én, siden to pasienter, etter hvert ti som har hentet sitt metadon. Til sammen 38 pasienter har vært tilknyttet apoteket siden 1991. Alle disse klientene kommet fra Metadonprosjektet til Akuttinstitusjonen som holdt til på Ullevål sykehus. I tillegg produserte ansatte alle dosene til Metadonprosjektet i Oslo (MiO). Ullevål apoteks erfaringer

med metadonutlevering var bare positive. Apotekansatte hadde masse å lære, både faglig og sosialt. De deltok på møter og seminarer og hadde god kontakt både med behandlingsinstitusjonene og med pasientene (47).

Alliance apotek Carl Berner og Alliance apotek Trygg i Oslo var de første apotekene i kjeden som utlevte metadon til metadonklienter. Alliance apotek Trygg startet med metadon utlevering i 1997, da Erling Bruun var apoteker (48). Etter hvert de andre apotekene i Oslo har blitt involvert i prosessen.

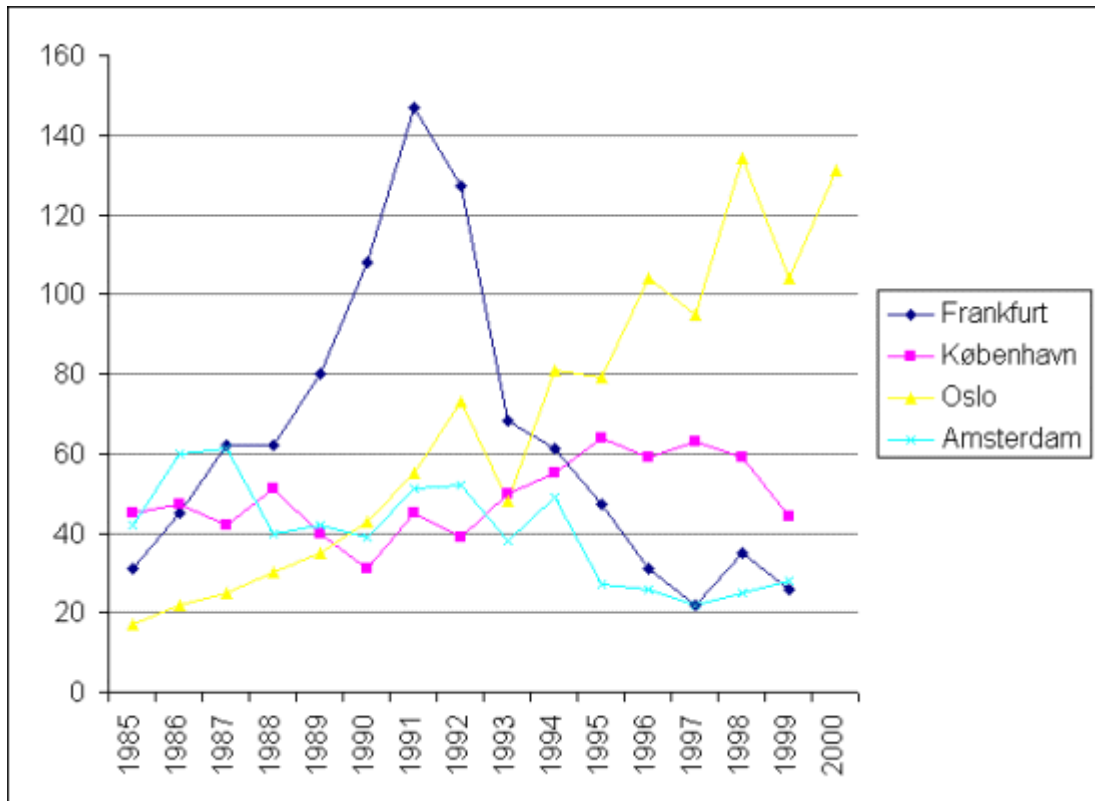
MARS (Metadonassistert Rehabilitering for Somatisk syke) gjennomførte en brukerundersøkelse i 1998. Alle Oslo-apotekene ble spurt om erfaringene med metadonklienter. Av de 14 apotekene som hadde metadonklienter, var ingen negative til samarbeidet med metadontiltakets ansatte, og alle hadde enten ”positive” eller ”tilfredsstillende” erfaringer med klientene (49).

4.3.2 Substitusjonsbehandling i internasjonal sammenheng

Da man først ble klar over i hvilken grad HIV-epidemien hadde spredt seg blant narkotikabrukere i Vest-Europa, skjedde det i mange land en endring med hensyn til terapeutiske mål og tilnærminger, fra avholdenhet som primær målsetting til målet om å redusere skadene knyttet til narkotikabruk. Behovet for gjentatt behandling ble akseptert, samtidig som man erkjente fordelene ved vedlikeholdsbehandling for å stabilisere og forbedre opioidbrukernes helsemessige og sosiale situasjon, samt fordelene av dette for samfunnet. Etter slutten av 1980-tallet ble vedlikeholdsbehandling med metadon en stadig mer benyttet behandlingsmetode. Gjennom tildeling av metadon håpet man å redusere bruken av heroin og risikofull atferd i form av deling av sprøyter. En annen grunn var at mange land erfarte at man i liten grad klarte å få misbrukere stoffrie gjennom tradisjonell medikamentfri behandling, og at ressursene til slik behandling var begrenset. Samtidig ble det en stadig større gruppe mer eller mindre forkomne misbrukere man ikke visste hva man skulle gjøre med. Tildeling av metadon hadde således i mange land blitt det kanskje viktigste virkemidlet i forsøket på å demme opp for en ytterligere økning i misbruket av heroin og redusere de ulike typer skadevirkninger av misbruket (50).

Overfor misbrukere som ikke kunne nyttiggjøre seg metadonbehandling, ble det foretatt heroinutdeling i Sveits og Nederland. Det var under overveielse i flere andre land og også i Canada. Dette var utløst sannsynlig av økningen i overdosedødsfall, se figur 3 (51, 52).

Figur 3: OD deaths in four cities (Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities Alcohol and Drug Addiction Service, Oslo 2002)



I Sveits i 1994 ble det satt i gang et treårig forsøksprosjekt som åpnet for at heroinmisbrukere tilbas faste heroindoser for injeksjon i medisinsk kontrollerte former (53). Prosjektet i Sveits har fått stor internasjonal oppmerksomhet, og så langt hevdet behandlere som var involvert at erfaringene var overveiende positive. Som i Sveits hadde den socialdemokratiske folketingsgruppes narkotikautvalg i Danmark utarbeidet en handlingsplan "Nye veje i narkotikapolitikken" der de blant annet oppfordret den danske regjering til å utarbeide en modell for et dansk forsøk med legal forskrivning av heroin. Nederland startet i 1998 utdeling av heroin sammen med metadon (52, 54).

4.4 Omorganisering av omsorgen fra sosialt problem til helseproblem

I 1986 førte frykten for HIV-epidemi til at narkotikamisbruk igjen ble definert som et helseproblem.

På 1990-tallet var behandling og omsorg for mennesker som misbrukte rusmidler blitt lovfestet som et offentlig ansvar. Behandlings- og omsorgstilbudene omfattet både kommunale, fylkeskommunale, regionale, statlige og private tiltak. Kommunene hadde primæransvaret for helse- og sosialtjenestene til rusmisbrukere, mens fylkeskommunene hadde ansvaret for institusjoner og spesialisttjenester. Enkelte institusjoner var underlagt sykehusloven, og noen tiltak var en del av arbeidsmarkedsetatens tilbud. De psykiatriske ungdomsteamene var organisert som en del av psykisk helsevern, dvs. spesialisthelsetjenesten. Ungdomsteamene var finansiert over fylkeskommunenes budsjett, med delvis refusjon fra folketrygden (14).

I perioden 1988 – 1990 realiserte Sosialdepartementet en handlingsplan mot stoffmisbruk. Hensikten var å øke kapasiteten i institusjonene, og å sørge for et mer planmessig samarbeid mellom de ulike delene av tiltaksapparatet. I denne perioden ble de fleste institusjoner og kollektiver for stoffmisbrukere knyttet nærmere fylkeskommunene gjennom avtaler om fylkeskommunalt driftsansvar og andre formelle avtaleformer (14).

Lov om sosiale tjenester som trådte i kraft i 1993 erstattet tre tidligere lover - lov om sosial omsorg, lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutionene og lov om edruskapsvern (55). At edruskapslovgivningen ble integrert i den generelle loven om sosiale tjenester satte punktum for særomsorgen for rusmisbrukere. Hovedansvaret for koordinering og tilrettelegging av hjelp for rusmisbrukere ble lagt til den kommunale sosialtjenesten. Ansvaret omfattet også forebyggende tiltak og tiltak i forhold til rusmisbrukeres familie og nettverk. Den nye sosialloven påla kommunene ansvar for delfinansiering av institusjonsopphold.

4.5 Tvang og frivillighet

Behandling av rusmiddelmissbrukere var i utgangspunktet basert på frivillighet, men tvangsplassering av rusmisbrukere har vært lovhjemlet siden 1932 først i edruskapsloven og siden 1993 i sosialtjenesteloven (55). Tunge samfunnshensyn eller hensynet til personers liv og helse gjorde at lovgiver hadde åpnet for bruk av tvang eller makt i noen tilfelle. For rusmiddelmissbrukere var følgende lovbestemmelser mest aktuelle:

- Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3
- Psykisk helsevernloven
- Smittevernloven.

Sosialtjenesteloven § 6-2 hjemlet at rusmiddelmissbrukere som utsettet sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom frivillig hjelpetiltak ikke var tilstrekkelig, kunne tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak uten eget samtykke og holdes tilbake i institusjonen inntil tre måneder (55). Ofte omtales dette feilaktig som tvangsbehandling. Tvangsplassering/tilbakehold uten eget samtykke var ikke en behandlingsmetode, men skulle tilrettelegge for at pasienten skulle kunne ta stilling til egen situasjon og bistå med tiltak som kunne virke helsemessig og sosialt stabiliserende. Det var også et mål at oppholdet utviklet en relasjon til behandlingsapparatet som kunne være en viktig motiveringsfaktor for å ta fatt på en behandling mot rusmiddelmissbruket.

Sosialtjenesteloven § 6-2a hjemlet at det kunne vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skulle tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket var av en slik art at det var overveiende sannsynlig at barnet ville bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke var tilstrekkelig. Inntakets formål var å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skulle det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet (55).

Sosialtjenesteloven § 6-3 åpnet for at en rusmiddelmissbruker på grunnlag av eget samtykke ble tatt inn i en institusjon under den forutsetning at institusjonen kunne sette som vilkår at misbrukeren kunne holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. I slike tilfeller måtte det inngås skriftlig avtale mellom rusmiddelmissbrukeren og institusjonen (55).

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kunne det også settes som vilkår at misbrukeren kunne holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig var trukket tilbake. Tilbakehold kunne bare skje opptil tre ganger for hvert opphold (55).

Det var sosialtjenesten i kommunen som hadde ansvar og myndighet til å vurdere bruk av tvang og evt. forberede saken for fylkesnemnda ut fra den kunnskap de hadde om den enkelte rusmiddelmissbruker.

4.6 Endringer i utleveringsforskriften

I forbindelse med etablering av landsdekkende metadonassistert rehabilitering for rusmiddelmissbrukere utformet Sosial- og helsedepartementet først midlertidige retningslinjer som regulerte metadon utdeling, rundskriv I-25/98 (56), bygd på en tilpasning av de gjeldende utleveringsbestemmelsene. Metadon skulle fremdeles forskrives i forbindelse med smerter ved behandling for somatiske sykdommer i sykehus jf § 3 i forskrift av 11. november 1993 om rekvirering og utlevering av legemidler. Metadonbehandlingen burde avsluttes før utskrivning fra sykehuset. Pasienten burde eventuelt henvises til et videre rehabiliteringsopplegg i henhold til retningslinjenes pkt. 8-11 (56). Som følge av at metadonassistert rehabilitering ville etableres som et permanent, landsomfattende tilbud, endret departementet forskrift i samsvar med dette. Endret forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek trådte i kraft 27. april 1998 (57).

Tilsvarende fulgte det av utleveringsforskriften § 8-4 at legemidler med særlige krav til utlevering og/eller rekvirering medførte en plikt for apoteket til å forsikre seg om at kravene til utlevering er oppfylt, jf. § 2-1, tredje ledd bokstav d. Apoteket skulle nekte utlevering dersom dette ikke var oppfylt. Apoteket skulle ved tvil kontakte legen for å få mer utfyllende opplysninger, for eksempel dersom man hadde grunn til å tro at vedkommende pasient ikke var med i godkjent tiltak. Taushetsplikten satt grenser for hvor mye informasjon som kunne gis, men legen hadde plikt til å gi de opplysningene som var nødvendige for ekspedering av legemidlet (57).

4.7 Gjennomføring av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I følge rundskriv ”Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering” metadon skulle være en del av et helhetlig behandlingsopplegg. Målet med behandlingen var å få klientene ut av et hardt belastet sprøytemisbrukmiljø, at de lettere skulle nyttiggjøre seg annen hjelp og behandling, redusere skader av sprøytebruk, redusere overdosedød, forbedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, oppnå rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering (56).

Tilbud om metadon ble vurdert ut fra følgende inntakskriterier: ”Klienten skal ha fylt 25 år, ha minst tiårs vedvarende opiattdominert rusmiddelmissbruk og gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang” (rundskriv I-25/98: pkt. 8 a-c). Det skulle også foreligge en tiltaksplan for helhetlig rehabilitering (rundskriv I-25/98: pkt 8. d). Denne skulle være forankret i den kommunale sosialtjenesten, med nødvendig bistand fra andre instanser. Henvisning med vedlagt tiltaksplan skulle sendes det aktuelle rehabiliteringssenteret via faglig inntaksorgan i egen fylkeskommune. Det kunne gjøres unntak fra inntakskriteriene under pkt. 8 a-c dersom det, ”i tillegg til alvorlig opiatavhengighet, foreligger en dokumenterbar, behandlingstrengende, kronisk og livstruende medisinsk tilstand”, - iflg. rundskriv I-25/98: pkt. 9.

Klienter kunne blitt skrevet ut av metadonprogrammet etter klientens eget ønske, men de også kunne miste rett til å fortsette metadonassistert rehabilitering ved:

- omsetting av narkotika, herunder metadon, eller begrunnet mistanke om dette
- trusler om vold og/eller vold
- vedvarende alkohol- eller narkotikamisbruk ved siden av metadonbehandlingen
- fusk med urinprøver eller metadoninntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av metadon
- samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan, iflg. pkt.15 i rundskriv I-25/98 (56).

De midlertidige retningslinjene for metadonassistert rehabilitering ble avløst av permanente i år 2000 (58)*. Fram til endringene skulle tre i kraft første januar 2001, utarbeidet helsetilsynet rundskriv til leger og apotek om endringene i utleveringsforskriftene. Forskrivning av avhengighetskapende legemidler til misbrukere skulle ifølge denne

begrenses til pasienter som er godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (når det gjelder vedlikeholdsbehandling). Rundskrivet fastsatte at leger ikke skulle kunne rekvirere disse legemidlene til misbrukere etter første januar 2001 med mindre det var godtgjort at pasienten var med i godkjent opplegg for legemiddelassistert rehabilitering (59). Dette rundskrivet fikk en oppfølger fordi tidsfristene var korte og informasjonsmulighetene til legene utilstrekkelige. Det ble innført overgangsbestemmelser slik at leger som hadde påbegynt vedlikeholdsforskrivning til misbrukere per første januar 2001, kunne fortsette denne frem til første april 2001. Fra dette tidspunktet skulle fortsatt forskrivning forutsette midlertidig innvilgning fra regionalt senter. Ordinær søknad måtte være sendt. Det ble deretter gitt seks måneders overgangsperiode, med fortsatt forskrivningsmulighet frem til første oktober 2001. Etter dette skulle legene bare kunne rekvirere legemidler til vedlikeholdsbehandling til pasienter som var godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (60).

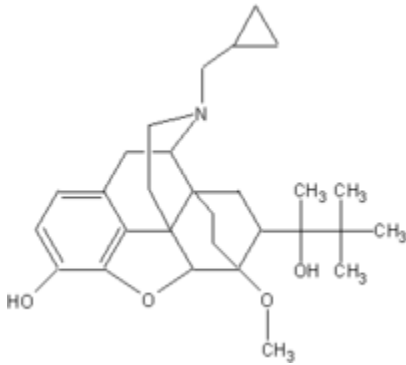
* På bakgrunn av at man hadde godkjent ytterligere legemidler i behandling av rusmisbrukere, ble den tidligere benevnelse ”metadonassistert rehabilitering” erstattet med ”legemiddelassistert rehabilitering” (LAR).

I 2001 kom det enda et nytt rundskriv, denne gangen med retningslinjer for ansvarsforhold og organisering. Rundskrivet definerte blant annet den medisinske delen av arbeidet som nødvendig helsetjeneste (61). Gjennomføringen av LAR skulle i større grad tilrettelegges i de ordinære helse- og sosialtjenestene og fastlegen ble nå gitt et medisinsk oppfølgingsansvar. Departementet mente at personer i LAR burde følges opp kontinuerlig av sin fastlege og ikke skilles ut som særomsorg. Fastlegen kunne rekvirere legemidler i reseptgruppe A og B til sine pasienter, forutsatt at pasientene var tilknyttet et tiltak som er godkjent av Sosial- og helsedepartementet (61). Rekvirering og utlevering av legemidler reseptgruppe A og B var regulert i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek av 27. april 1998 nr. 455, med endringer i § 2-1 jf. § 8-4 annet ledd i kraft fra første april 2001 (utleveringsforskriften) som følge av rundskriv 15/2000 (59).

4.7.1 Andre legemidler i behandlingen av rusmisbrukere

Selv om metadon er det hyppigst brukte legemidlet i substitusjonsbehandling, er det ikke det eneste. Buprenorfin er et syntetisk opioid som utøver sin virkning ved å binde seg til μ -opiatreseptor på samme måte som morfin, heroin og metadon.

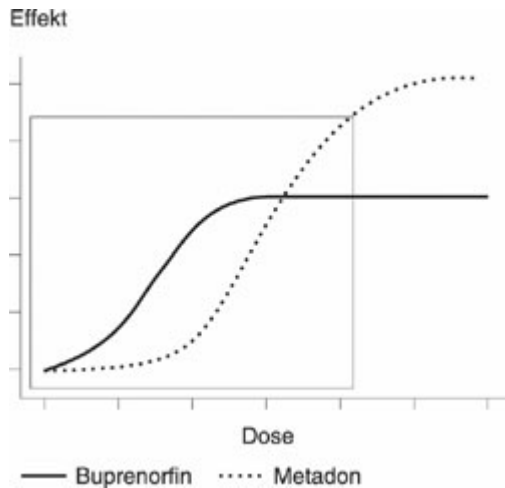
Buprenorfin



Karakteristisk for buprenorfin er dets egenskap som partiellagonist ved binding til μ -opiatreseptor. I begrepet partiellagonist ligger det at buprenorfinets egenaktivitet er lavere enn opiat fullagonister som morfin, heroin eller metadon. Dermed vil den maksimale buprenorfineffekten være lavere enn den maksimale effekten som kan oppnås ved bruk av fullagonister (fig. 4). Man får et "effekttak" for doser over omtrent 16 mg buprenorfin, derfor kan stoffet være mindre farlig i overdose. I praksis vil dette blant annet bety at buprenorfin vil føre til mindre grad av respirasjonsdepresjon enn andre fullagonister (morfin, heroin, metadon) ved høye doser (fig. 4). Dessuten er det de partielle agonistegenskapene og den sterke og langsomt reverserbare bindingen til opiatreseptorer som bestemmer de effektene man kan se ved samtidig bruk av buprenorfin og andre opiater. Har buprenorfin først blitt tatt inn, vil den sterke reseptorbindingen og den langsomme reseptordissosiasjonen kunne blokkere morfins effekter. Som uttrykk for denne blokkeringseffekten har det for eksempel blitt registrert kun minimale pupilleforandringer ved morfintilførsel hos individer som er tilvent en høy dose buprenorfin. Hvor effektiv blokkeringen avhenger av hvor mye buprenorfin som er tilstede. Selv doser opp til 8-16 mg sublinguallt daglig forhindrer ikke helt effekten av ytterligere doser injisert buprenorfin eller av fullagonister. Har en fullagonist (morfin, heroin, metadon) blitt inntatt først, vil buprenorfinets effekter variere avhengig av hvor mye av agonisten som er tilstede. Er det bare en liten del av reseptorene som er okkupert av en fullagonist, vil tilførsel av buprenorfin ha en agonistisk tilleggseffekt. Er størsteparten av reseptorene okkupert av en fullagonist, vil buprenorfinets effekt være antagonistisk og kan føre til abstinenssymptomer, fordi den erstatter den maksimale oppnådde effekten fra fullagonisten med en egenaktivitet som er lavere (fig. 4). Av den grunn er partielle agonister ofte omtalt som agonist/antagonister. Abstinens etter avbrutt

buprenorfinbehandling er betydelig mildere enn ved andre opiater og buprenorfinets evne til å skape avhengighet har blitt ansett for være noe lavere enn for andre fullagonister (62).

Figur 4: En teoretisk modell for dose-effekt-forholdene for buprenorfin og metadon.



Firkanten representerer det doseområdet som anvendes klinisk. Buprenorfin anvendes i langt lavere doser enn metadon, men når en platåfase i det aktuelle effektområdet. Teoretisk sett vil metadon nå sin eventuelle platåfase ved større effekter.

Et prosjekt med buprenorfin (Subutex®) som omfattet 104 personer ble startet i 2000 og buprenorfin i høydoseformulering (Subutex®) ble sidestilt med metadonhydroklorid i MAR (63).

Suboxone var fremstilt for å redusere misbrukspotensialet av buprenorfin (Subutex). Legemidlet inneholder buprenorfin og nalokson i samme resoriblett. Nalokson er en opioid antagonist som også er virkestoffet i Narcanti som brukes som antidot ved opioid overdosering. I motsetning til buprenorfin blir nalokson ikke sugd opp gjennom slimhinnene i munnen. Ved riktig bruk av Suboxone® resoribletter kommer derfor bare buprenorfin over i blodbanene. Dersom resoribletten løses opp og injiseres, vil imidlertid virkningen av nalokson dominere. En bruker som er tilvendt opioider vil da få abstinensreaksjoner. En som ikke er det, vil ikke kjenne rusvirkning. Nalokson brytes raskere ned i kroppen enn buprenorfin slik at buprenorfinvirkningen etter hvert vil komme frem. Likevel vil kombinasjonslegemidlet være helt uegnet til injeksjonsbruk og derfor lite attraktivt som misbruksmiddel (64). Verken buprenorfin eller Subuxone® var brukt i behandling av rusavhengighet i så stor grad som metadon i Norge, men bruken av buprenorfin økte (65).

4.7.2 Apotekenes rolle i LAR

Rekvirering av legemidler til bruk i LAR skulle bare skje til pasienter inntatt i tiltak under kontroll av regionale sentrer godkjent av Helsedepartementet. Utleveringsbestemmelsene var slik at dette var forutsetning for utlevering fra apotek. Før legemidler til LAR ved narkotikamisbruk kunne utleveres, pliktet apoteket å forsikre seg om at kravene til rekvirering var oppfylt. Jf forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-1 d jf. § 8-4 annet ledd. Det var apotekets oppgave å sikre forsvarlig utlevering av legemidler (57). Apotekene utleverte metadon og Subutex resoribletter. Metadon fantes i Norge som ”Metadon AL”. Forskrivning av metadon skjedde som metadonklorid (10 mg/ml) fortynnet i sterk saft til et fastsatt volum, f.eks. 30 ml eller 50 ml. Løsningen var utlevert i plastflaske med barnesikring fra apotek med etikett med pasientens navn, fødselsnummer og dato. Løsningen ble gjort ferdig på apotek etter bestilling fra lege som samarbeidet med regionalt senter, eller alternativt fra regionsenterets egne leger. Utleveringsordningen skulle avtales med aktuelt apoteket ved skriftlig avtale eller ved påskrift på A-resepten. Metadon var inntatt vanligvis på apoteket under påsyn av apotekpersonell, som så etter at pasienten drakk alt innhold i flasken. Det var kontrollert at metadondosen var svelget, ved å observere at pasienten snakket og eventuelt drakk et glass vann før han/hun gikk (66).

Subutex resoribletter fantes i to mg og åtte mg styrke og i pakninger på sju stykk. Medikasjonen skulle alltid forskrives til daglig utlevering pga misbruksfare. Dette har sammenheng med at de er vannløselige og egner seg for injeksjon. Pasientene skulle observeres når de tok buprenorfin. Gjaldt doseringen flere tablett, skulle pasienten ta en av gangen. Det skulle påses at pasientens hender ikke skulle være i nærheten av munnen. Pasienten skulle få litt vann å drikke før og etter inntak. De burde snakkes til etter ti minutter slik at de måtte svare. Dette sikret mot at pasienten hadde legemidlet gjemt i munnhulen (66).

Informasjon. Apoteket skulle i henhold til utleveringsforskriftens § 8-2 bidra til at den som mottar legemidler hadde tilstrekkelige opplysninger om legemidlet til at det brukes riktig. Herunder var det viktig at apoteket informerte om spesielle forhold i tilknytning til bruken av vanedannende legemidler, f.eks. trafikkfare og graviditet. Bruk av opiat er vanligvis forbundet med nedsatt kjøreferdighet og regelmessig bruk skulle som hovedregel medføre et kjøreforbud, men en stabilisert LAR pasient med fast dosering av metadon eller

buprenorfin og uten bruk av andre rusmidler hadde imidlertid normaliserte psykomotoriske funksjoner og kunne derfor i utgangspunktet kjøre bil. Helsetilsynet hadde gitt retningslinjer for fylkeslegene ved behandling av saker (IK-2236/2000). Av disse fremgikk det at LAR-pasienter kunne gis dispensasjon for førerkort dersom den behandlende lege etter grundig vurdering fant en pasient fylte kravene til å inneha førerkort i en eller flere klasser. Dette forutsatt at behandlingen skjedde under betryggende oppfølging og kontroll ved godkjent rehabiliteringsinstans, og med navngitt rekvirerende lege. Dosen skulle være innstilt og hadde vært stabil over en seks måneders periode, det skulle ikke være bruk av andre legemidler som kunne påvirke kjøreferdigheten som vanedannende B-preparater. Bruk av illegale stoffer skulle være opphørt. Apoteket pliktet å underrette politiet dersom pasienten i tydelig påvirket tilstand kjørte bil (66).

4.8 Evaluering av medikamentassistert rehabilitering (MAR) i Norge 1998-2000

En evaluering av medikamentassistert rehabilitering (MAR) i perioden 1998-2000 kunne vise til både positive og negative pasienterfaringer. Som i Hiv- met og MiO opplevde pasientene at de hadde fått et bedre liv på flere områder. Det ble lettere å følge opp annen helsemessig behandling og de fleste opplevde bedre funksjonsevne. Samtidig begikk pasientene langt mindre kriminalitet, og evalueringen viste at behandlingen reduserte faren for overdosedød. Til forskjell fra tidligere ble det på dette tidspunkt fremhevet positive erfaringer med konsulentkontakt og aktivitetstilbud og det var derfor grunn til å tro at det hadde blitt satset sterkere på disse områdene. Ansatte kunne melde at de hadde erfart et bedre samarbeid mellom helsetjenesten og sosialtjenesten. Når det gjelder dødelighet ble det, på bakgrunn av politiets liste over overdosedødsfall, konkludert med at overdosedødelighet ble fraværende under behandling. Allikevel var det noen som savnet bedre oppfølging og negative erfaringer var fremdeles særlig knyttet til den strenge kontrollen og urinprøvene (63).

I følge evalueringen var problemene med MAR særlig knyttet til sidemisbruk og gjennomføring av inntak da søkegruppen var stor, se tabell 5. Tabellen viser antallet i behandling frem til årsskiftet 2000.

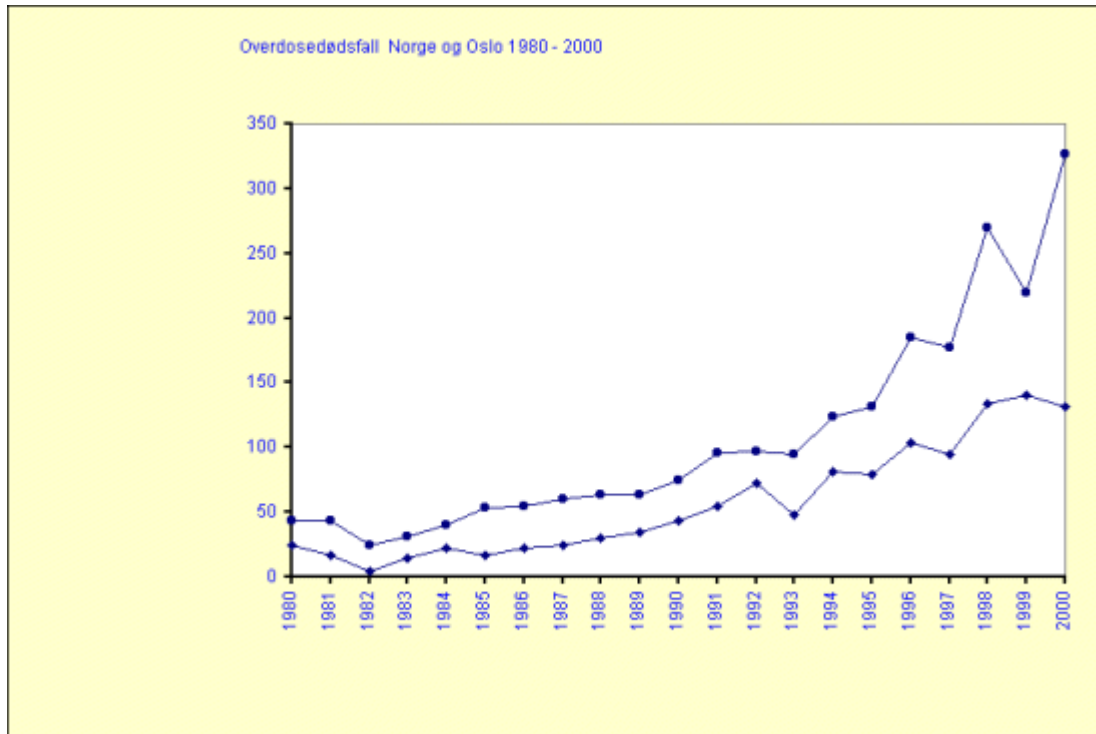
Tabell 5: Årlig utvikling i antall søkere og behandlede i hele landet pr 31.12. 1998 til 2000

Utvikling i løpet av året	Helseregion														
	Øst			Sør			Vest			Midt og Nord			Hele landet		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	92	348	282	8	163	130	24	53	77	0	44	35	124	603	524
Avsluttet	21	71	91	0	5	47	1	11	22	0	1	9	22	88	169
I behandling	173	445	636	8	166	249	23	65	120	0	43	69	204	719	1074
Venter	400	431	448	13	133	182	50	84	108	1	65	90	464	713	828

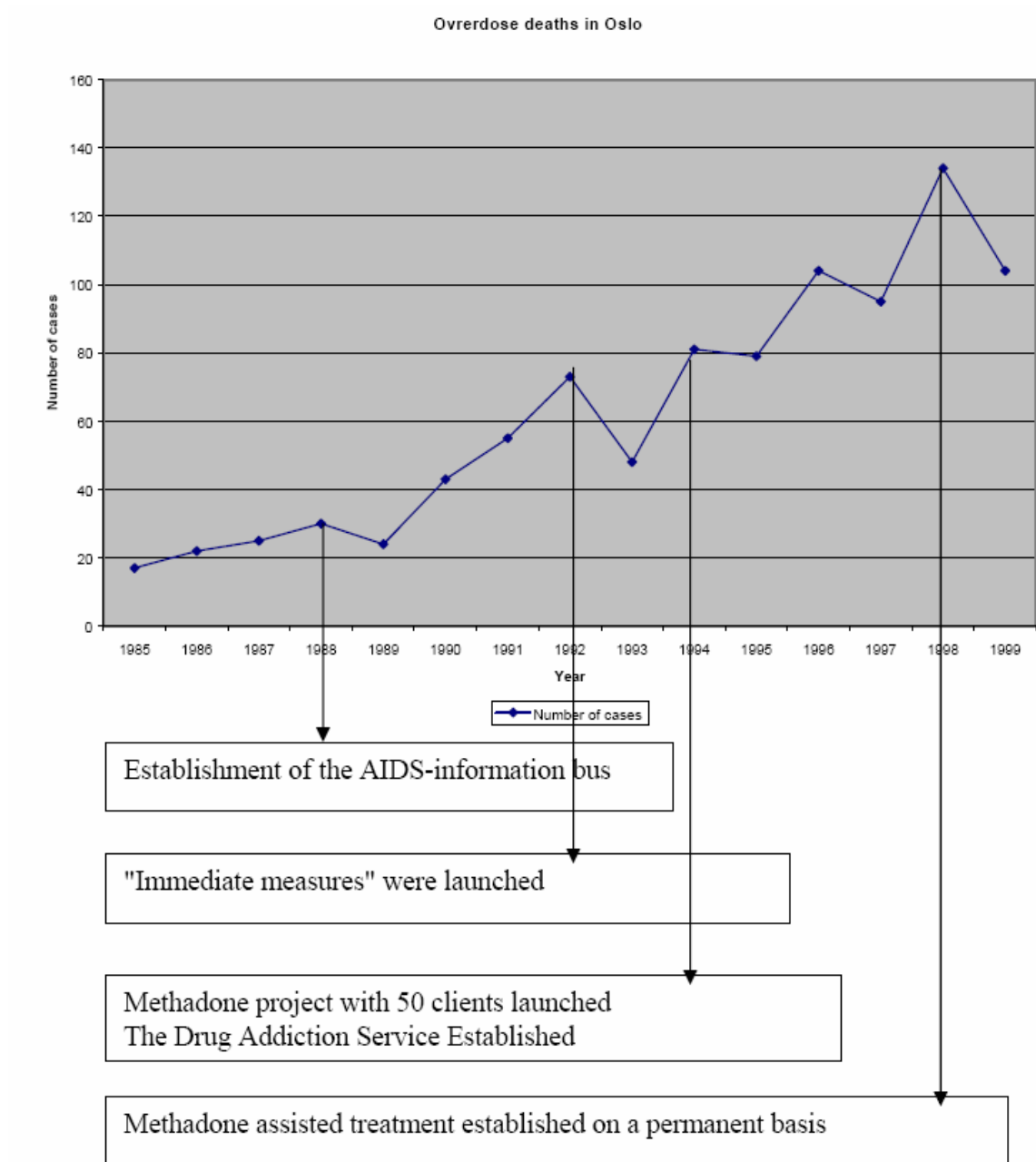
Siden tilbudet om legemiddelasistert rehabilitering ble landsdekkende i 1998, har antall klienter økt raskt i alle regioner. Opprinnelig ble tilbudet i Norge planlagt med en kapasitet på 600 pasienter, ut fra en antagelse at vi hadde 5-8000 misbrukere med tunge rusproblemer. Det ble imidlertid antatt at mange av disse hadde et blandingsmisbruk uten tydelig opioid dominans, eller at de av andre grunner ikke ville være aktuelle for LAR. Vi ser at det opprinnelige anslaget på 600 pasienter var langt i underkant av behovet. Både i 1999 og i 2000 ble det tatt inn et antall nye som svarte til dette tallet. Anslaget var altså åpenbart for lavt og de ressursvurderingene som ble lagt til grunn, tilsvarende urealistiske. Tabellen viser også at antallet søkere som ventet, hadde vokst til nesten 800 på tross av det høye inntaket. Vi ser også at det var økning i alle regioner selv om økningen var minst tydelig i Helseregion Øst. Oppgavene omfatter både de som var godkjent og sto på formell venteliste for inntak og de som har søkt uten at søknadene var vurdert (63).

Ved inngangen av 2001 var 1073 personer tilknyttet MAR på landsbasis, og at den gjennomsnittlige ventetiden var omtrent ett år og følgelig lang (63). I ventetiden for inntak ble det konstatert overdosedødsfall. MARIO hadde tilgang til politiets navnelister over overdosedødsfall i Oslo og sammenliknet med søkerlisten. I 1998 døde 12 av 321 søkere i overdoser (3 %), i 1999 åtte av 375 (2,1 %) og i 2000 12 av 418 (2,9 %) (63). Se figur 5 og figur 6 som viser overdosedødsfall i Norge og i Oslo 1980-2000 (52):

Figur 5: Overdosedødsfall Norge og Oslo 1980-2000



Figur 6: Overdosedødsfall i Oslo 1985-1999



I evalueringen ble det hevdet at målsetningen om rusfrihet syntes urealistisk. Med tanke på sidemisbruk og den følgende faren for utskrivning burde skadereduksjon og omsorg vektlegges i lang større grad. Videre ble det ansett nødvendig å integrere MAR ytterligere i det øvrige behandlingsapparatet (63).

4.9 Hjelpetiltak

I Helsedepartementets strateginotat for 2004 sies det at ”selv om det i de senere år har vært en betydelig vekst i hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere, har det ved gjentatte anledninger kommet klare signaler om at dagens tilbud ikke hadde klart å møte rusmiddelmissbrukernes behov for hjelp og behandling på en tilfredsstillende måte” (67). Den største oppmerksomheten hadde vært rettet mot mangler i tilbudet til rusmiddelmissbrukerne som i hovedsak brukte illegale rusmidler. For eksempel var rapportert at det eksisterende akutt-/avrusingstilbud var utilstrekkelig, noe som blant annet kunne føre til problemer med å starte et ønsket behandlingsopplegg. Etter at Stortinget i 1997 vedtok å gjøre slik behandling til et permanent, landsomfattende tilbud, hadde antall narkotikamisbrukere som hadde søkt og fått tilbud om slik behandling, økt betydelig (67). Behovet for å bedre tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere framkom i en rekke dokumenter fra Regjering og Storting.

Problemområdet var også behandlet i ulike utredninger utarbeidet på oppdrag av ansvarlig departement. En kartlegging i regi av Statens helsetilsyn i 1998-99, anslo at omkring 20 000 rusmiddelmissbrukere hadde ulik grad av psykiske lidelser, og at omkring 4 000 av disse var pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk (dobbeltdiagnose). Det var derfor stort behov for å utvikle varierte tiltak innen psykisk helsevern for denne pasientgruppen. Dette ville i hovedsak skje som del av opptrappingsplanen for psykisk helse (68). Den store gruppen av rusmiddelmissbrukere med omfattende psykiske plager som ikke oppfylte de faglige kriteriene for ”dobbeltdiagnose”, representerte imidlertid også en stor utfordring for samordning mellom tjenester fra behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere og psykisk helsevern. Generelt var også den somatiske helsetilstanden blant store grupper av rusmiddelmissbrukere svært dårlig. I de senere år var det derfor satset betydelige statlige midler på lavterskel helsetjenester for å møte de mest primære behov for slike tjenester (67). Med statlig støtte hadde en rekke kommuner siden 1998 etablert *lavterskel helsetilbud* som et tiltak for å nå tunge rusmiddelmissbrukere med helsetjenester. Dette var sykepleiebaserte tjenester som i tillegg til helsesjekk, sårstell, vaksinasjoner, osv., også delte ut sprøyter og i varierende grad ga tilbud som varmestue og/eller overnatting (69).

På oppdrag fra det tidligere Sosial- og helsedepartementet ble det i 1999 avgitt tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Rapportene drøftet og ga anbefalinger om behov, differensiering av faglig innhold/tilnæringsmåter, tiltak med hensyn til kvalitetssikring, behov for endringer i ansvars plassering og finansiering,

samarbeidsforholdene mellom behandlingstiltakene og den kommunale sosialtjenesten (de såkalte ”Nesvågrapportene”) (70). De fleste anbefalingene fra arbeidsgruppen var omtalt og tatt til følge, bl.a. i odelstingsproposisjonene om rusreformen.

I Sem-erklæringen uttrykte Bondeviks regjering (2001-2005) at den ville styrke behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere. Målet var at rusmiddelmisbrukere skulle få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Tiltaksapparatet måtte være helhetlig og ta høyde for at rusmiddelmisbrukere var forskjellige, og at de var på ulike stadier i misbrukskarrieren og på ulike stadier i behandlingen og rehabiliteringen. Tiltakene for rusmiddelmisbrukere måtte organiseres slik at deres individuelle behov ble fanget opp og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet ble sikret. Ansvarret måtte til enhver tid være klart, og samarbeidet mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer skulle hindre at rusmiddelmisbrukere og deres pårørende blir kasteballer i systemet (71).

Sosialdepartementet la med dette fram et forslag til lovendringer som dannet det rettslige grunnlaget for en omorganisering av fylkeskommunenes ansvar for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmisbrukere (rusreformen) (71).

Rusreformen hadde vært behandlet av Stortinget med utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner: *Ot.prp. nr 3 (2002-2003), 11. oktober 2002*, der Regjeringen foreslo overføring av sektoransvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som kan sies å yte spesialiserte helsetjenester fra fylkeskommunen til staten (Rusreform I).

Ot.prp. nr 54 (2002-2003), der Regjeringen foreslo at fylkeskommunens ansvar for behandlingstiltak som kan sies å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, overføres til kommunene (Rusreform II) (67).

Stortinget ga våren 2003 sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men varslet behovet for å vurdere en helhetlig løsning ved behandlingen av Rusreform II.

I februar 2003 kom Norges offentlige utredninger ”Forskning på rusmiddelfeltet”. Utredningen omfattet alle sider av virkemidler for å forebygge og behandle rusmisbruk og inneholdt oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet. Det ble blant annet gitt en skjematisk oppsummering av hvilke behandlingsintervensjoner som ut fra forskningsmessig kunnskapsoppsummering, kunne påvises å ha effekt (15). På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet SINTEF Unimed i 2003 to rapporter om helsetilstand og helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere. Rapportene konkluderte med at personer med tungt rusmiddelmisbruk preget av generelt dårlig helsetilstand, somatisk og psykisk. De

ordinære helsetjenestene så ikke ut til å yte denne gruppen den nødvendige helsehjelp. Omfanget av døgnbehandling anbefalt opprettholdt og kapasiteten innen LAR anbefalt økt, samt at det påpekte behov for økt kapasitet og nye tilbud innen psykisk helsevern for pasienter med alvorlige rusmiddelproblem og psykisk lidelse (72, 73).

Stortinget gikk (jf. Innst. O. nr 4 (2003-2004) til Ot.prp. 54) i mot Regjeringens forslag, og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene. Som en følge av ansvarsoverføringen ble samtlige institusjoner og polikliniske behandlingstiltak på de fylkeskommunale rusplanene overført til staten ved de regionale helseforetakene fra første januar 2004 (67).

I Styringsdokumentet for 2004 fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene, het det at de regionale helseforetakene skulle sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere var regulert av spesialisthelsetjenesteloven og var dermed en del av de regionale helseforetakenes "sørge for" - ansvar. Foretakene skulle særlig fokusere på "dobbeltdiagnosepasienter", unge rusmiddelmisbrukere og rusmiddelmisbrukere med et langvarig misbruk. Det pekte på følgende utfordringer:

- Bedre spesialisthelsetjenestens tilbud for rusmiddelmisbrukere med helserelevante lidelser/tilstander.
- Styrke kvaliteten på tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere.
- Kompetansehevende og holdningsskapende arbeid vedrørende rusmiddelproblematikk og rusmiddelbehandling i tjenesteapparatet.
- Styrking av samhandlingen med den kommunale helse- og sosialtjenesten for å sikre den enkelte et helhetlig behandlingsopplegg, jf. individuell plan.
- Ivareta de private tiltakene ryddig og forutsigbart (67).

Det pekte videre på at for LAR, var finansierings- og oppgaveansvaret fra og med første januar 2004 overført til de regionale helseforetakene og gjeldende rundskriv i den forbindelse: rundskriv 35/2000 (58), rundskriv 33/2001 (61) og rundskriv 5/2003 (74). I

Styringsdokumentet var det sagt videre at de regionale helseforetakene fra første januar 2004 skulle praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skulle motta tverrfaglig spesialisert behandling, ble gitt rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven (fritt valg av sykehus) (67).

4.10 LAR og rusreformen

Første januar 2004 trådte rusreformen i kraft (75). Målet med rusreformen var at behandlingstilbud og behandlingsresultater skulle bli bedre. Dette innebar blant annet at det tverrfaglige samarbeidet skulle styrkes og ressursene utnyttet bedre. Kvaliteten på behandlingstilbudet for rusmisbrukere skulle således forbedres og brukerrettigheter vektlegges (76). I praksis innebar rusreformen et ansvarsskifte. Tidligere var det fylkeskommunene som, i henhold til sosialtjenesteloven, hadde ansvaret for behandlingstiltak for rusmisbrukere. Rusreformen innebar å overføre dette ansvaret fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene (75).

Legemiddelassistert tiltakene (LAR- tiltakene) var i utgangspunktet ikke direkte berørt av rusreformen da LAR var en statlig finansiert behandlingsmetode utenfor fylkeskommunens ansvar (75). De ble allikevel indirekte omfattet av reformen fordi de var tilknyttet institusjoner som var direkte berørt av endringene. Fylkeskommunen hadde som nevnt det tidligere ansvaret for rusbehandlingstiltak etter sosialtjenesteloven. Regionale helseforetak fikk nå overført dette ansvaret og den nye organiseringen ble definert som ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk” (75). Rusreformen innebar således at behandlingen av rusmisbruk ble definert som spesialisthelsetjeneste og følgelig regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Behandlingstiltak for rusmisbrukere fikk med dette styrket sin status som helseinstitusjon og kom via spesialisthelsetjenesteloven inn under den generelle helselovgivningen. Som en følge av dette måtte behandlingstiltakene nå blant annet forholde seg til pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven innebærer blant annet retten til behandling for rusmisbruk, retten til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager, retten til valg av behandlingssted og retten til samtykke og journalinnsyn. I henhold til pasientrettighetsloven kunne pasienten påklage at han ikke gis tilbud om LAR-behandling eller utskrives mot sin vilje. Pasienten kunne for øvrig ikke påklage sosialtjenestens beslutning om ikke å henvise til LAR fordi dette ikke var ansett å være et enkeltvedtak, men

en prosessuell avgjørelse i sosialtjenestens behandling av saken (75). Dette innebar at om det var knapphet på en tjeneste men mange søkere, kunne ikke søkeren klage på at en annen hadde fått ytelse fordi søkerne ikke regnes som parter i samme sak i følge sosialtjenesteloven (55).

Spesialisthelsetjenesteloven åpnet for at både sosialtjenesten og legen kunne henvise til LAR, men der var ikke foretatt endringer av kriteriene for inntak (55). Det var fremdeles kriteriene i rundskriv 35/2000 og rundskriv 5/2003 som skulle legges til grunn ved vurdering av om LAR-behandling skulle tilbys pasienten.

Behandlingstiltakene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere ble i 2004 inndelt i fire nivåer, som gjaldt innen alle de fem regionale helseforetakene (RHFene):

Nivå 1: Polikliniske tjenester og vurderingstjenester, samt dagligtilbud;

Nivå 2: Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling (døgntilbud);

Nivå 3: Døgnbehandling under seks måneder (hovedsakelig helsetilbud);

Nivå 4: Døgnbehandling over seks måneder (sosial- og helsefaglig orientert).

I tillegg hadde RHFene hatt pekt ut institusjoner med plasser for tilbakeholdelse uten eget samtykke og tilbakeholdelse etter eget samtykke (77).

De fem regionale helseforetakene: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, hadde ansvar for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkning i sine regioner, i følge Spesialisthelsetjenesteloven, herunder også legemiddelassistert rehabilitering. De regionale helseforetakene hadde også et ansvar for å samarbeide med kommunene om utarbeidelse av individuell plan og sørge for forsvarlige utskrivningsrutiner fra LAR (77).

4.11 Andre tiltak

4.11.1 Individuelle planer for rusmiddelmissbrukere

Retten til individuell plan ble hjemlet i lov om sosiale tjenester fra 1. januar 2004 (78). Retten til individuell plan innebær at pasient som hadde behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, hadde rett til å få utarbeidet individuell plan. En individuell plan skulle bidra til at pasienten fikk et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder også sikre at det til enhver tid var én tjenesteyter som hadde ansvaret for oppfølgingen av pasienten (78).

4.11.2 Styrking av de kommunale tjenestene

Kommunene var avgjørende for innsatsen overfor rusmiddelmissbrukere. Kommunene hadde ansvaret for å følge opp rusmiddelmissbrukere både før, under og etter behandling. Det gjaldt både forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstilbud og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten.

Flere pågående tiltak var igangsatt for å styrke kommunenes arbeid med rusmiddelmissbrukere. For eksempel, forebygging og bekjemping av bostedsløshet. I tillegg var jobbet det med å etablere modeller for samhandling mellom behandling sinstitusjonen og sosialtjenesten i kommunene.

For å styrke kapasiteten når det gjaldt kommunenes innsats overfor rusmiddelmissbrukere var bevilget 70,6 millioner kroner i 2005. Siktemålet var å sikte at kommunene bidrar til å realisere rusreformens hensikt om et helhetlig tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere (77).

4.12 Senere evalueringer

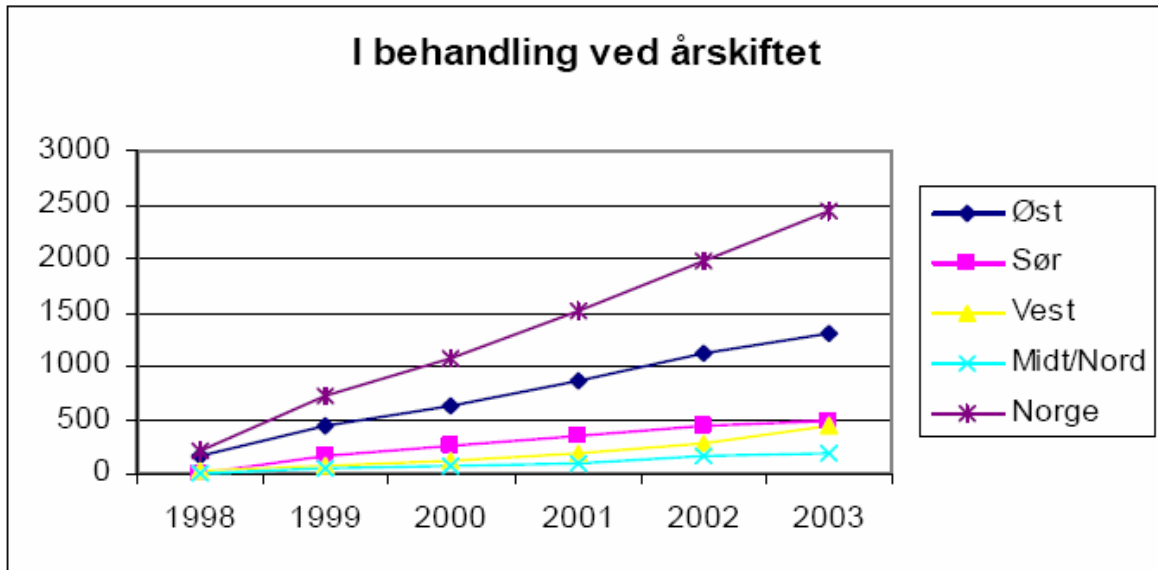
Det har gått noen år siden LAR- modell ble innført, vi har fått en rusreform som i høy grad berørte LAR. I følge avdelingsdirektør i Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), Jens Guslund, var det på tide å vurdere hvordan vi ønsker at dette tjenestetilbudet skal utvikle seg i årene som kommer (79). En evaluering ble varslet i St. prp. Nr. 1 (2002-2003) og Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 (80). Shdir avga en faglig

tilråding til departementet i januar 2003, med en kunnskapsoppsummering hvor de bl.a. fastslo at det var behov for å vite mer om innholdet i LAR. På denne bakgrunn fikk Shdir i oppdrag å gjennomføre en helhetlig evaluering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oppdraget ble delt i to: en kvalitativ og prosessorientert del med utgangspunkt i rehabiliteringsarbeidet i kommunene, og en kvantitativ del med utgangspunkt i klientdatabasen som Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo (SKR) satt på. Etter anbudsutlysning gikk oppdraget for første del til konsulentfirmaet - Research Based Consulting (AIM) (79). Evalueringene ble følgelig gjennomført av interne versus eksterne aktører. Evalueringsrapportene ble lagt frem oktober 2004 og omhandlet LAR fra det ble et landsdekkende tilbud i 1998 og frem til årsskiftet 2003/2004. Rapportene innebar omfattende analyser av blant annet organiseringen av tilbudet, behandlingsgjennomføring og resultatene, men en gjennomgående vekt på regionale variasjoner (65, 81). Funnene i de to rapportene er ganske like. Begge evalueringsrapporter kritiserte inntakskriterier, utskrivningspraksis, målsetning med behandlingen og tilgang til LAR (65, 81), men de gir noe ulike anbefalinger. AIM og SKR hadde delte meninger om ambisjonsnivå i LAR. Ambisjonsnivået bør derfor presiseres nærmere og hvorvidt det bør etableres et lavterskeltilbud må drøftes. Med andre ord skal målsetningene i LAR senkes?

- AIM vurderte LAR som et vellykket tilbud som gav de alle fleste pasientene en bedre tilværelse, resultert i grunnleggende rehabilitering for mange og som samtidig reddet flere liv. Allikevel hadde på langt nær alle kommet ut av rusmiljøene og bare et fåtall var rusfrie og rehabilitert sosial- og yrkesmessig (81).
- SKR- rapporten oppsummerte at LAR- modellen var godt utviklet i Norge og vunnet bred tverrfaglig aksept, men at det var et fåtall som hadde oppnådd full rusfrihet og tilbudet krevde ytterligere økt kapasitet (65).

Kapasitet og behovsdekning syntes å være et gjennomgående problem i LAR. Det hadde fra behandlingen ble et landsdekkende tilbud vært en jevn økning av pasienter i hele landet og i alle regioner, se figur 7. Helseregion Øst hadde hvert år hatt over halvparten av det totale antallet pasienter i behandling (82).

Figur 7: Antall pasienter i behandling pr. 31.12. i årene 1998 - 2003 i helseregioner og i hele landet



På landsbasis var dette 550 pasienter som ventet i 2003. Av disse ventet 353 på behandlingsplass og 197 på å komme i gang med innvilget behandling. Helseregion Øst har hatt flest på vente liste i hele perioden (82).

De to rapportene: AIM-rapport og SKR-rapport, drøftet behovsdekningen (65, 81). Siden 1998 har det anslåtte antallet personer med tungt sprøyte-dominert rusbruk økt til 10 000 – 15 000 i 2003. I dette bruksmønsteret har heroinbrukere blitt stadig mer dominerende. SKR-rapport anslo at behandlingsbehovet omfattet ca 70 % av 10 000 tunge sprøytenarkomane, det vil si ca. 7 000 pasienter. 31.12.03 var 2 431 pasienter i behandling og til sammen 3 535 hadde vært i behandling med 1 104 personer som hadde hatt behandling tidligere (65, 82). Overnevnte anslaget medfører at det kun har nådd halvparten av de som antas å ha behov for LAR.

4.13 Videreutvikling og radikalisering av LAR

Etter at evaluering av LAR i Norge var avsluttet foreslo Shdir til Helse- og omsorgsdepartementet anbefalinger til videreutvikling av LAR (83). Shdir sine vurderinger bygget på flere systematisk søk i medisinske og sosialfaglige databaser. I tillegg var det avholdt to halvdagsmøter med de regionale sentrene og teamene for LAR der den

innhentende litteraturen og aktuelle problemstillinger ble drøftet. Shdir sin anbefaling hviler på den medisinske dokumentasjon.

De anbefalingene som var relevante for oppgaven førte jeg i en tabell, se tabell 6.

Tabell 6: Anbefalinger fra Shdir til Helse- og omsorgsdepartementet

Type av anbefalinger	Definering av anbefalinger
Målsetning	- LAR-tiltak skal ha rehabilitering som mål fortsatt slik at pasienten får hjelp til å oppnå sitt optimale funksjonsnivå.
Integrering	<p>- LAR i Norge innarbeides i det spesialiserte tverrfaglige behandlingstilbudet for rusmisbrukere i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>- Gjeldende inntaks- og utskrivningskriterier, herunder krav om tiltaksplan, frafalles. I stedet utarbeides nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og rehabilitering. Det er ikke behov for å regulere substitusjonsbehandling særskilt i lov eller forskrift.</p> <p>Pasientrettighetsloven vil som en konsekvens av dette gjelde fullt ut.</p>
Inn- og utskrivning	<p>1.- Hovedmodellen som et trekantsarbeid: spesialistnivå/fastlege/sosialtjeneste fortsatt gjelder. De ulike parterens rolle klargjøres i faglige retningslinjer.</p> <p>2.- Forskrivning av opiatere med substitusjonsformål avgjøres på spesialistnivå som i dag.</p> <p>3.- Utleveringsforskriften revideres i overensstemmelse med direktoratets samlede anbefalinger.</p> <p>4.- Vurdering av henvisninger til all spesialisert tverrfaglig rusbehandling, inklusive LAR, skjer i samme enhet i HF/ spesialisthelsetjeneste.</p> <p>5.- Indikasjon for igangsettelse av substitusjonsbehandling baseres på en egnet definisjon av opioidavhengighet.</p> <p>6.- Substitusjonsbehandling bare kan avsluttes på medisinskfaglig grunnlag eller hvis pasienten selv ønsker det.</p>

Kontroll	- Substitusjonsmedisinering kontrolleres strengt for å hindre at substitusjonslegemidler kommer på avveier, deriblant lekker til det illegale markedet.
Klage	- Departementet i forbindelse med den pågående harmoniseringen etter rusreformen vurderer å gi klienter i sosialtjenesten klageadgang når sosialtjenesten avslår deres ønske om henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
Faglige retningslinjer	- Det skal utvikles faglige retningslinjer for LAR med sikte på ikrafttredelse fra første januar 2007. De rundskriv, veiledere og lignende som i dag regulerer LAR, bortfaller.

På bakgrunn av disse anbefalingene arbeides det nå med å utvikle nye faglige retningslinjer for LAR, men de er ikke realitetsbehandlet.

5 DISKUSJON

5.1 Metadonbehandling i Norge

Det tokk litt tid før vi i Norge startett med metadonbehandling. Ulike erfaringer fra USA, Sverige og Danmark var av betydning ved valg av behandlingsmodell med metadon i Norge. I USA i Dole og Nyswanders første programmer på 60-tallet ble pasientene trappet opp og stabilisert på metadon mens de var i døgninstitusjon og så gikk de over til poliklinisk behandling. Senere har hele behandlingen foregått poliklinisk (84). Sverige bygde sitt første metadonprogram med metadonprogrammene i USA som forbilde. I Norge, ut fra skepsisen til metadonbehandling, var det stor fare for at metadonbehandling kunne havne på utsiden av det øvrige tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere, dette var en situasjon vi blant annet har sett i Sverige, der det gjennom årene har vært liten eller ingen kontakt mellom metadontiltakene og den medikamentfrie behandlingen (28) og som var ønsket å unngå i Norge. I Danmark langtidsmetadonbehandling var foretatt primært av praktiserende leger. Kontakt med pasienter var sjelden, legene anså ikke nødvendig med menneskekontakt og kunne telefonere resept til apoteket. Pasienter var sjelden henvist til en psykolog eller en psykiater (85). Vi i Norge ville ha byget vår egen modell, ulik de modellene som var brukt i disse landene.

5.1.1 Alternative syn på metadonbehandling

Bruk av legemidler har tradisjonelt hatt liten plass i rusmiddelomsorgen i Norge. Legemiddelfri behandling sto sterk i Norge. Grunn til dette hadde sammenheng med at behandlingstiltakene i hovedsak var knyttet til sosialtjenesten, og at ansatte hadde sin bakgrunn i uluke sosialfaglige disipliner – sosionomer, barnevernspedagoger, psykologer osv. Helsevesenet hadde spilt en mer perifer rolle. Det var relativt få leger og sykepleier som arbeidet med misbrukere. Det hadde heller ikke vært noen tradisjon for at allmennpraktiserende leger drev behandling av rusmisbrukere, slik det fantes i andre land. Da forsøksprosjektet i Oslo skulle opprettes i 1993 var det problemer med å få fatt i faglig leder. En svensk lege Olof Blix ble etter hvert ansatt og kom inn med solid kompetanse og erfaring fra Sverige innenfor metadonbehandling.

Det har vært markante personligheter som hadde kjempet mot substitusjonsbehandling som hadde skjedd innen rusomsorgen fra 1980-tallet og her kan nevnes psykiater Hans Olav Fekjær, Dag Furuholmen – lege, spesialist i psykiatri og psykolog Frid Hansen. Daværende helsedirektør Torbjørn Mork, som også var leder i Sentralrådet for narkotikaproblemer, var motstander av bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere. Det som kanskje mest av alt innen fagfeltet hadde polarisert denne metadondebatten i en sosiokulturell forståelse og en sykdomsbegrunnende forståelse av rusmisbruk, var at de to mest kunnskapsrike psykiaterne på rusfeltet i Norge har fulgt ulike spor. Det er Hans Olav Fekjær, som hadde kjempet for den sosiokulturelle forståelsen av rusmisbruk og fortsetter som opposent til den utviklingen av substitusjonsbehandling vi har sett innenfor rusfeltet fra begynnelsen av 1990-årene til i dag, og Helge Waal, Universitets psykiatriske klinikk, som på oppdrag fra Sosialdepartementet i 1992 utarbeidet et forslag til modell for et forsøksprosjekt med metadonvedlikeholdsbehandling. Helge Waal hadde, i følge Fekjær, ”en nevrobiologisk slagside” (86).

Debatten mellom profesjoner har vist dype motsetninger. Forskningsgrunnlaget for metadonbehandling har vært sterkt debattert i Tidsskrift for Den norske lægeforening (Tidsskriftet). Preben Aavitsland, avdelingsdirektør i Divisjon for smittevern ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, argumenterte i 1998 for at evalueringen av forsøksprosjektet i Oslo, som kunnskapsgrunnlag for å sette i gang med landsomfattende metadonbehandling, var for tynt da det ikke var noen randomiserte forskningsresultater som kunne vise at metadon virkelig hjelper. Han henviste til Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) sin konferanse om forskrivning av vanedannende legemidler i Oslo i 1991 som etterlyste kontrollerte undersøkelser der systematiske sammenlikninger foretas mellom terapeutiske samfunn, stoffrie polikliniske behandlingsprogrammer og programmer der metadon inngikk. Dette for å få svar på om det kunne oppnås klare effekter med hensyn til dødelighet, sykkelighet og stabilitet (45, 87). Olof Blix, psykolog Steinar Bruvik og Helge Waal imøtegikk denne kritikken med å argumentere for at forskningsspørsmålet ikke var om metadon virker, men ”hvorvidt metadon kunne brukes i behandlingen av dem som trenger det mest. Det vil si de som gjentatte ganger har mislyktes i annen behandling” (88). Begrunnelsen prosjektet hadde for ikke å ha noen randomiserte undersøkelser når metadonprosjektet i Oslo skulle evalueres, gikk på etiske vurderinger av risikoen av høye overdosedødsfall i kontrollgruppen (88).

Om tema ”metadonbehandling” var enighet mellom representanter for ulike yrkesgrupper, og hvor de har funnet frem til felles standpunkter selv om det ikke var noen samlet enighet innen den enkelte yrkesgruppe. Slik kan det bli gode samarbeidsrelasjoner på tvers av fag og yrker.

I følge avdelingsdirektør i Shdir, Jens Guslund, debatten for eller mot metadon er et tilbaketrukket stadium. ”Legemiddelassistert rehabilitering kommer til å bli et sentralt element i den hjelp vi kan tilby opiatavhengige rusmisbrukere i Norge”, - uttalte ha seg på Nasjonal konferanse i 2005 (79).

5.1.2 Apotekenes forhold til metadonbrukere

I starten hadde halvparten av apotekene ikke metadonklienter og ønsket heller ingen. I en artikkel i Norges Apotekerforenings Tidsskrift for 1998 skrev reseptar Merete Klausen om at apotekene ikke ville ta imot slike klienter (47). Uegnede lokaler, produksjonsproblemer og uenighet om behandlingen var argumenter som bruktes i denne sammenheng, skrev hun også i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift for 2000 (49). I følge cand. pharm. Kristin Moss Ofstad skilte metadonpasienter seg fra andre kronikere. Kundegruppen var krevende. Pasientene kunne være psykisk ustabile og kreve stadige endringer, eksempelvis i henteordninger og dosestørrelse. ”Metadonbrukere krevde også nøye oppfølging i forhold til journalføring og rapportering”, - i følge Ofstad i Rus & avhengighet (89).

Metadon var blitt utlevert på apoteket først fra Ullevål apotek, senere på andre apotek i Norge. Alliance apotek Carl Berner og Alliance apotek Trygg i Oslo har hatt spesiell mange metadonklienter. Ofstad koordinerte legemiddelassistert rehabiliteringsarbeidet (LAR) i alle Alliance apotekene helt fra starten (90).

Etter apotekliberaliseringen delte apotekkjeder det private, norske apotekmarkedet mellom seg. Mellom dem var konkurransen sterk. Ett motiv for ikke å utlevere metadon og buprenorfin kunne være, i følge Marit Andrew i Rus & avhengighet (91), å gi kjeden eller apoteket et bedre ”image”. Dette var imidlertid sterkt i strid med Norges Apotekerforenings politikk. Norges Apotekerforening ønsket at apotekene skulle bli mer imøtekommende til metadonklienter.

På bakgrunn av erfaringene fra bl.a. Carl Berner apotek tok Alliance apotekene i 2002 initiativ til utvikling av kvalitetssikret opplegg for håndtering av LAR i apotek og fikk i 2002 dette som oppdrag fra Helsedepartementet. I april 2003 fikk Helsedepartementet oversendt et forslag til retningslinjer for apotekenes oppgaver innenfor LAR- tiltakene fra Alliance apotekene hvor det var vektlagt klare ansvarsforhold og god kommunikasjon mellom pasienter, apotek, lege og sosialkontor. I retningslinjene ble det tatt også opp hvordan vanskelige situasjoner som: pasient kommer ruset til apoteket, tap av legemidler, pasienten kommer for sent, pasienten møter ikke; kan håndteres for å forebygge overdose. Et utkast ble sendt fra Helsedepartementet til Shdir i september 2003. Shdir fikk i oppdrag å samarbeide med Alliance apotekene om ferdigstillelse av dokumentet. Fagdirektør i Alliance apotekene Marit Andrew og Kristin Moss Ofstad i samarbeid med Norges Apotekforening og Shdir ferdigstilte dokumentet i 2005. Apotekenes rolle, oppgaver og ansvar i LAR fremkommer i disse retningslinjer (92). Over halvparten av alle landets LAR-pasienter henter sin legemiddel på et apotek. Retningslinjer eller veileder skulle bidra til økt trygghet i rolle for apotekansatte og god samhandling med øvrige aktører i behandlingen. Apotekene skulle vise til LAR-pasienter like stor respekt og tilby dem sine tjenester som til andre kunder.

5.2 Videreutvikling av LAR i Norge

Shdir gjennomførte i mars 2005 en- dags høringskonferanse for å innhente kommentarer til LAR-evalueringene og forslag til videreutvikling av substitusjonsbehandling i Norge. Cirka 90 deltakere representerte bredden i tiltaksapparatet for rusmisbrukere, brukerne av LAR og ulike styrende organer (79). På høringskonferanse ble debattert regulering av LAR, organisering, mål og metode, inntak og utskrivning, behov til faglige retningslinjer, pasientrettigheter, ressurser og legemiddelpriser. Jeg vil belyse te punktene i debatten som er relevante til oppgaven, se tabell 7.

Tabell 7: Debatt om videreutvikling av LAR

Type anbefalinger	Shdir anbefalte	Deltakerne på høringskonferanse anbefalte
Målsetning	<p>Se tabell 6.</p> <p>I sine anbefalinger om målsetting i LAR fulgte Shdir anbefaling framhevet av høringsdeltakerne.</p>	<p>- at målsettinger må tilpasses den enkelte slik at det oppnås optimale resultater både mhp skadereduksjon og når det gjelder mer omfattende rehabilitering innen LAR. Den overgang fra lave til høyere endringsmål må tilpasses slik at den enkelte opplever mestring.</p> <p>I denne anbefalingen fulgte høringsdeltakerne anbefaling fra SKR.</p>
Integrering	<p>I anbefaling om integrering, se tabell 6, baserte Shdir seg på sine vurderinger.</p>	<p>Det kom fram ulike syn på hvordan substitusjonsbehandling i Norge bør organiseres i framtiden. Når det gjelder spørsmålet om all substitusjonsbehandling skal bli værende i spesialisthelsetjenesten, uansett pasientens målsettinger, eller om en burde legge eventuelle tiltak med krise-, omsorgs- og skadereduksjonsmål til kommunehelsetjenesten, var meningene delte.</p>
Inn- og utskrivning	<p>Shdir sine anbefalinger om innskrivning i LAR og utskrivning fra LAR, delte jeg i punkter fra en til seks i tabell 6.</p> <p>I punkt nr.1, se tabell 6, fulgte Shdir anbefalinger fra AIM og SKR om at den etablerte grunnmodellen der LAR er et trekantsamarbeid mellom fastlege, sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste bør beholdes.</p> <p>- I punkt nr.2, 3, 4 har Shdir tatt sin beslutning ut fra sin vurdering.</p> <p>- I punkt nr. 5 fulgte Shdir etter anbefalinger fra AIM og SKR. AIM anbefalte inntakskriterier knyttet til opiatavhengighet og anbefalte å bruke</p>	<p>Det var bred enighet om at det trenges regler for innskrivning i LAR og utskrivning fra LAR, men tilsvarende uenighet om hvordan disse reglene burde utformes.</p> <p>Påvist opioidavhengighet og/eller alder og/eller mislykket medikamentfri behandling ble trukket fram som inntakskriterier - og også vilje til endret rusatferd.</p> <p>Mens noen mente at rene medisinske vurderinger burde ligge til grunn for utskrivning, hevdet andre at det kunne ligge mye læring i å bli skrevet ut for en kortere periode, om muligheten til raskt reinntak ble formalisert.</p> <p>Noen hevdet også at det var demoraliserende for mer vellykkede pasienter i LAR å oppleve at medpasienter fikk fortsette behandlingen selv om de ikke ble</p>

	<p>diagnostiseringsverktøy for å forbedre indikasjonsgrunnlaget - opiatavhengighet.</p> <p>SKR påpekte imidlertid viktigheten av å sørge for at en ikke påfører pasienter opioidavhengighet gjennom inklusjon uten grundig vurdering av at opioidavhengighet foreligger.</p> <p>I punkt nr. 6, fulgte Shdir anbefalinger fra AIM som anbefalte utskrivningskriterier basert på ”medisinske vurderinger”.</p>	<p>rusfrie og ikke oppnådde den ønskede rehabiliteringen, og at det gikk med mange viktige ressurser til disse ”vanskelige” pasientene.</p>
<p>Kontroll</p>	<p>I sin anbefaling om at substitusjonsbehandling kontrolleres strengt, se tabell 6, baserte Shdir seg på erfaringer fra andre land som hadde metadonbehandling. Shdir henviste til studier fra Australia, Sverige, Tyskland og USA som viste at det er størst risiko for overdosedødsfall de første ukene etter at behandlingen er startet.</p> <p>Flere studier peket på at det må være forsiktig med altfor liberal administreringspolitikk som kan føre til at metadon kommer på avveie. Shdir henviste til en studie (Steentoft et. al. 1995) som sammenlignet overdosedødsfall (observasjonsstudie) i Norden og som viste at i perioden hvor Danmark trappet opp metadonforskrivningen (og mens forskrivningen var delegert til privatpraktiserende leger) steg antallet metadonrelaterte dødsfall tilsvarende. I 1991 besto en tredjedel av Danmarks forgiftningsdødsfall av ”metadondødsfall”.</p> <p>Shdir henviste også til en studie</p>	

	<p>i regi av Statens rettsstoksikologiske institutt (SRI) som la vite at 50 mg metadon er dødelig for en voksen ikke-opiatavhengig person og en gjennomsnittlig dagsdose for stabiliserte norske pasienter i LAR er mellom 90 – 170 mg.</p> <p>Shdir forholdet seg til en sveitsisk rapport av van Beusekom, 2001, som la vite at metadonrelaterte dødsfall i stor grad dreier seg om metadon på avveie og vektlagt viktigheten av gode rutiner og kontroll med ”Ta med hjem” metadon.</p> <p>Shdir henviste til Hilberg, 2001, som pekte på at metadonrelaterte dødsfall i Norge (i gruppen unaturlige dødsfall) følget samme tendens som økningen i forskrivningen i perioden 1991 – 2001.</p>	
Klage	<p>Shdir anbefalte at departementet i forbindelse med den pågående harmoniseringen etter rusreformen vurderer å gi klienter i sosialtjenesten klageadgang når sosialtjenesten avslår deres ønske om henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, se tabell 6. I den anbefaling fulgte Shdir anbefalinger fra begge evalueringsrapportene og høringskonferansen. AIM-rapport og SKR-rapport påpekte at pasientrettigheter og klageadgang bør gjøres fullt gjeldene også for de delene av behandlingen/henvisningen som reguleres av sosialtjenesteloven.</p>	<p>Det ble påpekt at det var ulike syn på klageadgangen og ulikheter i praktiseringen av den.</p>
Faglige retningslinjer	<p>Shdir anbefalte å utvikle faglige retningslinjer for LAR, se tabell 6. I denne anbefalingen fulgte Shdir anbefalinger fra</p>	<p>Høringskonferansen sluttet seg bredt til et ønske om faglige retningslinjer på de viktigste områdene der en ønsker lik behandling på landsbasis. Det ble</p>

	<p>høringskonferansen og anbefalinger fra en ekstern arbeidsgruppe som Shdir nedsatte i forbindelse med rusreformen. Med rusreformen ble det knyttet store forventninger til videreutvikling av kapasitet og kvalitet i tjenestene. Denne arbeidsgruppen i 2004 beskrevet i sin rapport "Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmissbrukere" områder for kvalitetsforbedringer og foreslo ulike virkemidler. Rapporten anbefalte at det utarbeides faglige retningslinjer for LAR.</p>	<p>anbefalt at disse retningslinjene bør være utformet som "best practise"- råd til aktørene og kan også tjene som veiledning for tilsynsmyndigheten. De bør være forskningsbaserte.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.3 Heroin i vedlikeholdsbehandling av opiatavhengighet

Land med omfattende metadontildeling erfarte at det var misbrukere som av ulike grunner ikke ønsker metadon, blant annet på grunn av at den mer umiddelbare rusopplevelsen som oppnås ved injeksjon av heroin har uteblitt. Internasjonalt var det derfor reist spørsmål ved om man skulle tilby annen form for vedlikeholdsbehandling for denne gruppen misbrukere. En sveitsisk forskergruppe kom til at heroinbehandling av opiatmisbrukere som ikke hadde hatt hjelp av annen behandling, kunne prøves (53). Studien fra Nederland sa at metadon kombinert med heroin var mer effektivt enn metadon alene, for en gruppe kroniske heroinmisbrukere som hadde vært i metadonbehandling i mange år uten positiv effekt (54). Vedlikeholdsbehandling med heroin reiste imidlertid mange spørsmål, ikke minst av samfunns moralsk karakter. Sosial- og helsedepartementet konstaterte i St.meld. nr.16 (1996 - 97) at vedlikeholdsbehandling med heroin sto sterkt i strid med grunnleggende norsk moraloppfatning (9). Det ble forklært av dem at "selv om det var bred enighet om å legge forholdene best mulig til rette for at misbrukere skulle få hjelp for sine misbruksproblemer,

var det et sprang fram til at det offentlige skulle ”hjelp” heroinmisbrukere til å få sine ønskede rusopplevelser og fortsette å bruke sprøyter flere ganger daglig” (9). Så lenge metadonbehandling var tilgjengelig i Norge, har heroinbehandling for norske opioidmisbrukere ikke vært aktuelt, men diskusjon kan komme i ettertiden. I et intervju om studien i Nederland uttalte seg Jørg Mørland, divisjonsdirektør for rettstoksikologi og rusmiddelforskning ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, at dette var en god studie av anerkjente forskere. Han syntes ikke dette er noe som skal avvises uten videre i Norge (93). Professor Helge Waal, som leddet på den tid senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo (MARIO), sa om det nederlandske forsøket at resultatene hadde reel interesse, men det var ikke aktuelt å legge planer for dette i Norge (93). De positive effektene i heroinforsøket i Nederland var knyttet til opplegg som hadde betydelige kostnader, dessuten pasientene ville ikke kunne bo lenger fra en behandlingsinstitusjon enn at de kunne komme daglig, eventuelt tre ganger daglig som i Sveits. Slike forhold skaper store problemer dersom man ønsker et nasjonalt tilgjengelig tilbud, mente Waal, H. Han anbefalte å forsøke andre tiltak før heroin (93).

6 Konklusjon

For å bekjempe rusmiddelmissbruk i Norge ble det innført tiltak for å begrense dette og behandlingstilbud til rusmisbrukere var basert på fullstendig avhold av rusmidler. De regulatoriske tiltakene: forbud, straff og avhold av rusmidler, som ble brukt frem til 1991 virket ikke tilstrekkelig i forhold til et mål om et narkotikafritt samfunn. Opiatavhengige rusmisbrukere var en gruppe rusmisbrukere som hadde mest risiko for smitte og overdosedødsfall. Gjennomføring av vedlikeholdsbehandling med metadon til HIV-positive med langtkommen immunsvikt i 1989 og metadonbehandling i 1994 i Oslo for hardt belastede heroinmisbrukere uavhengig av HIV-status ledet videre til opprettelse av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 1998 - et hjelpetiltak til opiatavhengige rusmisbrukere i Norge. LAR førte til mindre bruk av illegale stoffer i denne gruppen av rusmisbrukere, mindre kriminalitet og dødelighet, pasienter som kom inn i LAR fikk en klar bedring i sin helse- og livssituasjon.

I Europa har heroin vært prøvd for opiatmisbrukere som ikke fikk resultater av metadonbehandling, men i Norge vedlikeholdsbehandling av opioidavhengighet med heroin er ikke aktuell.

Kildeliste

1. Evang, K., *Aktuelle narkotikaproblemer: marihuana, LSD, sentral-stimulerende midler, sniffing o.l. : en populær fremstilling for ungdom, foreldre og foresatte*. 1967, Oslo: Tiden. 137 s.
2. Hauge, R., *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll: internasjonal regulering av psykoaktive stoffer*. 1989, Oslo: Rusmiddeldirektoratet. 111 s.
3. *Lov om inn- og utførsel av opium m.m.* 1913.
4. *Lov om opium m.v.* 1928.
5. *Lov om legemidler og gifter m.v.* 1964.
6. *Forskrifter om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek: fastsatt ved kgl. resolusjon av 19. februar 1965*. 1965, Oslo: Eget. 32 s.
7. Hansen, M.T., *Narkotika: utviklingen i det formelle kontrollsystemet fra 1960-årene*. 1988, Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett. 178 s.
8. *Lov om legemidler m.v.* 1984.
9. *Narkotikapolitikken. Sosial- og helsedepartementet*. 1997, Oslo. 204 s.
10. Pedersen, W., *Bittersøtt: ungdom, sosialisering, rusmidler*. 1998, Oslo: Universitetsforl. 208 s.
11. *Antall narkotika beslag. RusStat - Rusmiddelstatistikk på nett*. [cited 1.5.2007]; Available from: <http://statistikk.sirus.no/sirus/velocity?headers=Aar&measure=common&gzip=false&gzip=false>.
12. Evang, K., *Narkotika, generasjonene og samfunnet*. 1972, Oslo: Tiden. 265 s.
13. Hauge, R., *Norsk narkotikapolitikk - en beskrivelse og vurdering i "Narkotikaforebygging mot år 2000" av Waal, Helge og Middelthon, Anne-Lise*. 1992, Oslo: Universitetsforlaget. 352 s.
14. Skarstein, S., *De psykiatriske ungdomsteamene: utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering*. 2000, Oslo: Statens helsetilsyn. 58 s.
15. Brofoss, K., *Forskning på rusmiddelfeltet: en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak: oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 9. september 2001: avgitt til Sosialdepartementet februar 2003*. 2003, Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning. 247 s.
16. Due-Tønnesen, U., *Metadon øker problemene*. Tidsskrift Stoffmisbruk 1987(4): s. 46-47.
17. *Sosialomsorgsloven*. 1964, Oslo. 8 s.

-
18. Kluge, L., *Sosialhjelp før og nå*. 1973, Oslo: Fabritius. 114 s.
 19. Strube, G., *Mitteilung über therapeutische Versuche mit Heroin*. Berlin klinische Wochenschrift 1898. 45: s. 993 - 6
 20. de Ridder, M., *Heroin: new facts about an old myth*. J Psychoactive Drugs, 1994. 26(1): s. 65-8.
 21. Oldendorf, W.H., et al., *Blood brain barrier: penetration of morphine, codeine, heroin, and methadone after carotid injection*. Science, 1972. 178(4064): s. 984-986.
 22. Scott, D.B., *Diamorphine: its chemistry, pharmacology and clinical use*. 1988, Cambridge: Woodhead-Faulkner. 55-68 s.
 23. Christophersen, A.S., *Behandling av heroinavhengige*. 2004: s. 2.
 24. Dole, V.P. and M. Nyswander, *A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. a Clinical Trial with Methadone Hydrochloride*. Jama, 1965. 193: s. 646-50.
 25. Grønbladh, L. and J. Holmstrand, *The Swedish methadone rehabilitation program 1967-1977*. Lakartidningen, 1977. 74(48): s. 4318-22.
 26. Reinås, K.T., *Nederlandsk narkotikapolitikk: øyeblikksbilder fra en annen virkelighet*. 2003, Oslo: Unipax. 192 s.
 27. Nimb, M., *Narkomanibehandling med vedligeholdelsesdoser af metadon*. Nordisk Medicin, 1970. 83: s. 1412.
 28. Grønbladh, L., *Metadonbehandling i Sverige. Utveckling och resultat i Ulleråkerprogrammet*. Nordisk Alkoholtidsskrift, 1996. 13(5-6): s. 253-257.
 29. Ege, P., *Metadonbehandling i Danmark: fra liberalisme til statlig styring*. Tidsskrift Stoffmisbruk, 1996(3): s. 29-32.
 30. Helsdirektoratet, *Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler*. 1990, Oslo: Helsdirektoratet. 30 s.
 31. Fekjær, H.O., *Alkohol og narkotika: myter og virkelighet*. 1987, Oslo: Gyldendal. 271 s.
 32. Furuholmen, D., A.S. Andresen, and C.A. Cortese, *Fellesskapet som metode: miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. 1998, Oslo: Cappelen akademisk forl. 358 s.
 33. Hallgrimsson, O., *Letter: Methadone misuse and poisoning*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1974. 94(17): s. 1144-5.
 34. Hoel, T., *Metadonkvote-legalt misbruk*. Tidsskrift Stoffmisbruk 1983(3): s. 2-3.
 35. *Lov om drift av apotek m.v.*, Sosialdepartementet, Editor. 1963. s. 7.
 36. *Forskrift om narkotika m.v.* 1965, Oslo: Grøndahl. 15 s.

-
37. Leenderts, T.A., *Person og profesjon: om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. 1995, Oslo: Universitetsforlaget. 286 s.
 38. Tjersland, O.A., U. Jansen, and G. Engen, *Våge å leve: en bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. 1998, Oslo: Tano Aschehoug. 208 s.
 39. Skretting, A., *Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak*. 1997. 116 s.
 40. Ervik, R., *Skadereduksjonsteori - og praksis*. Tidsskrift Stoffmisbruk, 1994(4): s. 8-11.
 41. Marlatt, G.A., *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high risk behaviors*. 1998, New York: Guilford Press. XXIV, 390 s.
 42. Helgesen, J.H.I., *Skadereduksjon: en tilnærming til stoffbrukere. Hovedfagsoppgave i kriminologi - Universitetet i Oslo*. 2001, J.H.I. Helgesen: Oslo. s. 172 s.
 43. Johansen, N.B. and H. Myhre, *Skadereduksjon i praksis, Del 1*. 2005, Oslo: Oslo kommune, Rusmiddelstatens kompetansesenter. 136 s.
 44. Berg, S.F., *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet: en idéhistorisk fortelling om sosialmedisinens fremvekst i norsk mellomkrigstid*. 2002, Oslo: Solum. 171 s.
 45. Helgesen, G.E.M. and H.B.J. Børresen, *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige: forskrivning av vanedannende legemidler. Dokumentet er del av serien Rapport (Rådet for medisinsk forskning. Komité for medisinsk teknologivurdering)*. 1992, Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd. 167 s.
 46. Ervik, R., *Behandlingsforløp og -status. Dokumentet er del av serien SIFA rapport / Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning 1997*. 133 s.
 47. Klausen, M., *Metadonbehandling: En sjanse for de få*. Norges Apotekerforenings Tidsskrift 1998. 106(3): s. 18-19.
 48. Xuyen, N., *Metadonutdeling på Alliance apotek Trygg i Oslo. Personlig meddelelse*. 2007, Oslo.
 49. Klausen, M., *Metadon – gir misbrukere verdigheten tilbake*. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2000. 108(4): s. 11-13.
 50. *Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2006. E. O. N. N. Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk*. 2006 [cited 11.6.2007]; Available from: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-no.pdf>
 51. BlåKors. *Økning i overdosedødsfall gjør at Kanada overveier heroinutdeling. Nyheter juli-august 1998*. 1998 [cited 11.6.2007]; Available from: www.bks.no/nyhet984.htm
 52. Reinås, K.T. and H. Waal, *Drug overdoses and overdose deaths in four European cities: a baseline report from the project Strategic choices for reducing overdose*

deaths : a joint project of the cities Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main. 2001, Oslo: s.n. 116 s.

53. Rehm, J., et al., *Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study.* Lancet, 2001. 358(9291): s. 1417-23.
54. Van den Brink, W., V.M. Hendriks, and J. Van Ree, *Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands* J Drug Issues, 1999(29): s. 587-608.
55. *Lov om sosiale tjenester m.v.* 1993, Oslo: Grøndahl Dreyer. 17 s.
56. *Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering.* Rundskriv I-25/98. 1998 2.4.1998 [cited 2.3.2007]; Available from:
<http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/231683/260608/260894/i-25->
57. *Rekvirerings- og utleveringsforskriften med kommentarer: forskrift av 27. april 1998 nr 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.* Sosial- og helsedepartementet. 1998, Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Helseavdelingen. 48 s.
58. *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.* Rundskriv I-35/2000 erstatter rundskriv I-25/98 2000, Oslo: Sosial- og helsedepartement. 4 s.
59. *Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk.* Rundskriv IK-15/2000 fra Statens helsetilsyn. 2000 [cited 25.11.2007]; Available from:
http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5409.aspx.
60. *Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk - endring i utleveringsforskriften.* Rundskriv IK-24/2000 fra Statens helsetilsyn. Presiserer rundskriv IK-15/2000 2000 [cited 1.10.2007]; Available from:
http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_7526.aspx.
61. *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.* Rundskriv I-33/2001. 2001 [cited 25.10.2007]; Available from:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rundskriv/2001/I-332001-Legemiddelassistert-rehabilitering->
62. Bachs, L.C., J.G. Bramness, and H. Waal, *Buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering: hva vet vi i dag?* 2001, Oslo: Statens rettsstoksikologiske institutt. 42 s.
63. Waal, H., et al. *Medikamentassistert rehabilitering i Norge 1998-2000. SKR-rapport nr 1/2001.* 2001 [cited 1.10.2007]; Available from:
<http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-3.2001.pdf>.
64. Dahl, I.V. and H. Waal. *Anbefalinger for valg av Subutex og Suboxone.* 2003 [cited 12.12.2007]; Available from:
<http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Rusmiddeletaten/Internett/Dokumenter/handbok/mario/subutex%20eller%20suboxone.doc>.

-
65. *Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. SKR-rapport nr 7/2004 til Sosial- og helsedirektoratet 2004* [cited 24.10.2007]; Available from: <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-7.2004.pdf>.
 66. *Veileder for helsepersonell i medikamentassistert rehabilitering. HelseØst. Aker universitetssykehus HF.* 2001 [cited 1.11.2007]; Available from: http://www.aus.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=291&iInfoId=2962&iDisplayType=2.
 67. *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere: strateginotat: perspektiver og strategier.* 2004, Oslo: Helsedepartementet. 56 s.
 68. *St prp nr 63 (1997-98): om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 : endringer i statsbudsjettet for 1998.* 1998, Oslo: Departementet? 41 s.
 69. *Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.* 2005 [cited 3.3.2007]; Available from: http://www.helsetilsynet.no/templates/Document_7080.aspx
 70. *Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere: avgitt til Det kgl. Sosial- og helsedepartement 15. mai 1999.* 1999, Oslo: Arbeidsgruppen. 3 s.
 71. Sosialdepartementet. *Høringsnotat om omorganisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere (Rusreform II) og om rett til individuelle planer i sosialtjenesteloven.* 2002 [cited; Available from: <http://www.odin.dep.no/filarkiv/165878/IG-horingsnotat-rus-ii-26-11-02.doc>.
 72. Kurtze, N. and A.H. Eide, *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere.* 2003, Oslo: SINTEF, Unimed. 46 s.
 73. Ruud, T. and D. Reas, *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere.* 2003, Oslo: SINTEF, Unimed. 53 s.
 74. Helsedepartementet, *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere: nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse.* 2003, Oslo: Helsedepartementet. 2 s.
 75. Helsedepartementet, *Rusreformen: pasientrettigheter og endringer i spesialhelsetjenesteloven.* 2004, Oslo: Helsedepartementet. 31 s.
 76. Johannesen, A., *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere.* 2005, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 116 s.
 77. Arbeids- og, s., *Rusmiddelsituasjonen i Norge: juli 2005.* 2005, Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. 60 s.
 78. *Sosialtjenesteloven.* 2004, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 20 s.

-
79. *Legemiddelassistert rehabilitering. Nasjonale konferanse*. 2005 [cited 25.10.2007]; Available from: <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/Rapport-plenum.pdf>
80. Regjeringen, *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005*. 2002, Oslo: Sosialdepartementet. 30 s.
81. *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Research Based Consulting (AIM). Evalueringsrapport*. 2004 [cited 1.10.2007]; Available from: <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Rusmiddeletaten/Internett/Dokumenter/rapport/sentralt/aim%20evaluering%20av%20legemiddelass.pdf>.
82. *Hvor mange hvor? Oversikt i landet, helseregioner og fylker for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering 1998 – 2003. SKR-rapport nr 5/04 til Sosial- og helsedirektoratet oktober 2004* 2004 [cited; Available from: <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-5.2004.pdf>.
83. *Oppfølging av LAR-evalueringene. Anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet*. 2005 [cited 1.1.2007]; Available from: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Anbefalinger_om_LAR_2842a.pdf.
84. Ball, J.C. and A. Ross, *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome*. 1991, New York: Springer-Verlag. 283 s.
85. Winsløw, J.H., *Narreskibet: en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi af det danske samfund*. 1984, Holte: Socpol. 269 s.
86. Øiern, T., *Nettmester*. Tidsskrift Rus & avhengighet, 2000(2): s. 8-11.
87. Aavitsland, P. *Virker metadon? Metadonbehandling møter kunnskapsbasert medisin*. 1998 [cited 1.10.2007]; Available from: <http://www.tidsskriftet.no/tsweb/199820/leder5.html>.
88. Blix O, B.S., Waal H., *Metadonprosjektet i Oslo*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1999 119(2): s. 242-6.
89. Bjermeland, M., *Metadon i Norge: dyre dråper*. Tidsskrift Rus & avhengighet, 2005(1): s. 27-29.
90. Hunter, E., *Metadonbehandling virker - men oppfølgingen er for dårlig* Norges Apotekerforenings Tidsskrift 2003. 111(10): s. 239.
91. Øiern, T., *Flere metadonpenger til apotekene?* Tidsskrift Rus & avhengighet 2003(5): s. 35-37.
92. Sosial- og h., *Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. 2005, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 26 s.
93. *Heroin på resept. Et intervju av journalist Grønli, K. S. Forskning. no - en nettavis med forskningsnyheter fra Norge og internasjonalt*. 2003 [cited 14.6.2007]; Available from: <http://www.forskning.no/Artikler/2003/august/1060941798.38>

(*Tidsskrift ”Stoffmisbruk” skiftet fra 1.1.1998 navn til ”Rus & Avhengighet”)