

Rusmisbruk og bruk av rusmidler ved avvenning.

Metadonbehandling i Norge.

5.årsoppgave for
Siw-Lindia Leirbakk
Med.kull-99

Veileder Georg Høyer, ISM

Innholdsfortegnelse

I. Bakgrunn	3
1.1 Innledning	3
1.1.1 Kort historikk for opioidbruk	3
1.1.2 Opioidavhengighet	4
1.1.3 Opioidreseptorer	5
1.1.4 Kort oversikt over noen ulike opioider	5
1.1.5 Heroin	6
1.1.6 Toleranseutvikling	6
1.2 Metadon, Buprenorphine og Naloxone	7
1.3 Rus og rusavvenning	8
1.3.1 Rusavhengighet	8
1.3.2 Dødsfall knyttet til bruk av narkotika	9
1.3.3 Rusavvenning	10
1.3.4 Psykososial behandling	11
1.3.5 Avrusningsmodeller	11
1.3.6 Kategorier av medikamentell behandling	12
1.3.7 Avvenning med metadon i et internasjonalt perspektiv	12
1.4 Metadonbehandling i Norge	14
1.4.1 Planlegging av metadonbehandling i Norge	14
1.4.2 Argumenter for bruk av metadon i behandling av opioidavhengige	14
1.4.3 Argumenter mot bruk av metadon i behandling av opioidavhengige	15
1.4.4 MAR i Norge	15
1.4.5 Inntakskriterier for MAR i Norge	16
1.4.6 Legens oppgaver	16
1.4.7 Utskrivningskriterier	17
1.4.8 Klage	17
II. Egen undersøkelse	18
2.1 Introduksjon	18
2.2 Metode	19
2.3 Etikk	21
III. Resultater	22
IV. Diskusjon	24
V. Konklusjon	27
VI. Vedlegg	28
Tabell 1. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på alder	28
Tabell 2. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på kjønn	28
Tabell 3. Forgiftingsdød med funn av metadon relatert til metadon-omsetning	29
Vedlegg 1. Protokoll	30
Vedlegg 2. Samtykkeerklæring	31
Vedlegg 3. Spørreskjema	33
Vedlegg 4. Resultater spørreskjema	35
Vedlegg 5. Resultater fra innhentet journalinformasjon	39
VII. Litteratur	41

I . Bakgrunn

1.1 Innledning

Tema for denne oppgaven er substitusjonsbehandling ved kronisk heroinmisbruk. Oppgaven skal belyse temaet rusproblem og avvenning som her blir omtalt generelt, og det legges særlig vekt på metadon som et rusmiddel som kan bli brukt i rusavvenningsøyemed. Metadonbehandling har vært mye omtalt i media, og har vært en form for rusavvenning som en del folk har mange meninger om.

I tillegg presenteres egen undersøkelse av i alt elleve kvinnelige rusmisbrukere som får substitusjonsbehandling i en allmennpraksis. Undersøkelsen tar særlig sikte på å belyse livskvalitet hos disse pasientene før og etter oppstart av substitusjonsbehandling.

ALLE pasientene i gruppen som ble undersøkt rapporterte om et mye bedre liv etter metadonbehandling. Antall legekonsultasjoner og antall legemidler denne gruppen hadde fått utskrevet fra sin fastlege kan regnes som normale. Det er ikke et høyt forbruk av alkohol i denne gruppen av pasienter. 3 stykker har fått egen bolig, men ingen flere har fått arbeidsinntekt. Dette på tross av viktigheten av et stabilt ikke-rusbetinget nettverk for å oppnå varig rusfrihet.

1.1.1 Kort historikk for opioidbruk

Opioider er en samlebetegnelse på heroin og andre opiumsbaserte stoffer som opium og metadon. Disse stoffene har en dempende effekt på sentralnervesystemet, og gir en smertestillende, bedøvende rus. Fra en startet å dyrke opiumsvalmuen ca 6000 år f.Kr og fram til nå har opioider vært brukt både i medisinsk behandling og som rusmiddel.

På 1700-tallet begynte en å røyke opium, og dette ble et stort problem særlig i Kina. Fra Kina ble opium fraktet til USA og herfra bredte opiumsbruken seg videre ut i verden. Til å begynne med ble opiumen hyppig benyttet som bedøvende medisin, men etter hvert oppdaget en den sterkt vanedannende effekten av opium (1).

I 1803 ble det framstilt morfin for første gang, og dette brukes fortsatt medisinsk. I 1874 ble heroinen framstilt for første gang, og etter hvert ble det oppdaget hvor stor fortjeneste det kunne være å hente på eksport av heroin til Vesten (1).

På 1900-tallet begynte en å røyke opium i Europa, og på 1970-tallet ble heroin tatt inn i ungdomsmiljøer. I løpet av 1980- og 1990-tallet utviklet heroinbruken seg til et betydelig misbrukerproblem, også her i Norge. I dag er det antakelig rundt 9 000 – 12 000 tyngre heroinister i Norge, og de er stort sett i Oslo (1), men heroin blir brukt som rusmiddel i alle større norske byer. Rundt én prosent av ungdommer i Norge i aldersgruppen 15-20 år har prøvd heroin. Dette har forandret seg lite de siste 20 årene.

1.1.2 Opioidavhengighet

Avhengigheten av opioider består av to komponenter; en fysisk og den psykisk del (5). Den fysiske avhengigheten er sterk og utvikles raskt, vanligvis på 1-2 uker (1). Ved bortfall av opioider sees dette som abstinenser, eller også kalt tilbaketrekkingssymptomer. Til å begynne med ser en ofte angst, uro og rastløshet hos pasienten. Seinere får pasienten ofte brekninger, feber, diarè med alvorlig væsketap, psykisk ustabilitet, raskere puls og blodtrykksfall. Abstinensene kan gi et bilde som likner alvorlig influenzasykdom. Abstinensene starter som oftest tolv timer etter siste opioiddose, og de er verst de første tre dagene. Disse symptomene går vanligvis gradvis over i løpet av 10-20 dager. Abstinenssymptomene går raskt over ved injeksjon av en ny dose opioid.

Den psykiske heroinavhengigheten varierer i intensitet fra person til person, og kommer som følge av fravær av både selve rusopplevelsen og den virkelighetsflukten som opioidene gir. Den psykiske avhengigheten kan vedvare i årevis og er kanskje større årsak til misbruk av opioider enn selve den fysiske avhengigheten.

1.1.3 Opioidreseptorer

Reseptorer er proteiner som sitter på utsiden eller inni celler i kroppen. Disse fungerer som et slags kommunikasjonssete for cellen ved at når spesielle stoffer binder seg til disse setene aktiveres eller hemmes signalkaskader inne i cella. Ikke alle celler har samme reseptorer, og dette gjør at et stoff kan virke på bare én spesiell celletype mens andre celler forblir uberørte av stoffet. Hvilke reaksjoner som vil skje som følge av setebindingen, varierer fra reseptor til reseptor.

Opioider virker ved å binde seg til i hovedsak tre grupper av opioidreseptorer som sitter spredt ut i sentralnervesystemet (6). Disse tre reseptorgruppene har litt ulike egenskaper, og ulike opioider har ulik affinitet for de forskjellige reseptorene. Dette igjen gjør at ulike opioider kan ha ulik effekt på organismen ved sammenliknbare doser.

1.1.4 Kort oversikt over noen ulike opioider

Det finnes en hel rekke ulike opioider som igjen kan ha stimulerende, hemmende eller blandet stimulerende og hemmende effekt på opioidreseptorer. Disse stoffene har både handelsnavn og generiske navn som blir brukt om hverandre. Tabellen under gir en lett oversikt over noen opioider med hensyn på handelsnavn, generiske navn, virkning og om det er et naturlig eller syntetisk opioid.

Generisk navn (virkestoff)	Handelsnavn	Virkning på opioidreseptorer	Naturlig eller syntetisk opioid
Kodein	Kodein	Svakere stimulerende	Naturlig
Tramadol	Nobligan, Dolol, Tramadol	Svakere stimulerende	Trolig syntetisk
Fentanyl	Durogesic, Fentanyl, Leptanal	Sterkere stimulerende	Syntetisk
Metadon	Metadon	Sterkere stimulerende	Syntetisk
Morfin	Dolcontin, Maxidon, Morfin, Oramorph, Reliadol	Sterkere stimulerende	Naturlig
Ketobemidon	Ketodur, Ketogan, Ketorax	Sterkere stimulerende	Trolig syntetisk
Diacetylmorfin	Heroin	Sterkt stimulerende	Halvsyntetisk
Buprenorfin	Subutex, Temgesic	Delvis stimulerende og delvis hemmende effekt	Syntetisk

Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell 2001; 1065-1080 (17).
Utfyllende informasjon til tabellen ved Terje Simonsen, Overlege UNN.

1.1.5 Heroin

Effekten av heroin på individnivå er avhengig av ulike faktorer; dosen på stoffet, renheten til stoffet, administrasjonsmåte og toleransen til hver enkelt ved hyppig bruk av heroin (1). Den vanligste administrasjonsmåten av heroin er intravenøs, det vil si at brukeren sprøyter rusmidlet direkte inn i blodårene. Heroin kan også spises, røykes eller bli varmet opp og inhalert.

Rusen oppleves som et velbehag med nedsatt selvkritikk og en likeglad stemningsleie. En kan også føle smertelindring, kvalme, lykkefølelse (eufori), tretthet, kvalme og rastløshet. En får i tillegg nedsatt pustefrekvens (respirasjonsdepresjon) som gir dødelig utfall ved overdose. Kroppen kan føles varm og tung, og tungen kan kjennes tørr ut. Rusen kommer etter noen sekunder og kan vare fra 4 til 12 timer. Den største faren med heroin er stoffets dempende virkning på respirasjonssystemet.

1.1.6 Toleranseutvikling

Toleranseutvikling skjer alltid. Dette gjør at brukeren må stadig ha høyere doser heroin for å oppnå den samme ruseffekten. Mengde stoff i en brukerdose heroin avhenger av stoffets renhet og klientens toleranseutvikling for stoffet (6). Toleranse for heroin kan sees 12-24 timer etter første administrasjon, og toleranseutviklinga gjelder for de fleste effektene til heroin. Dette inkluderer smertelindring, kvalme, lykkefølelse (eufori) og nedsatt pustefrekvens (respirasjonsdepresjon). Det blir i liten grad utviklet toleranse for virkning av heroinen som forstoppelse og pupillekonstriksjon. Toleransen for heroin går svært raskt tilbake når en slutter med å bruke stoffet. Dette gjør at utilsiktede overdoser et ganske hyppig fenomen blant rusavhengige.

1.2 Metadon, Buprenorphine og Naloxone

Metadon er et opioid som i visse doser gir liten rusvirkning i sammenlikning med heroin, men som kan motvirke abstinensplager som opptrer ved bortfall av heroin som rusmiddel. Dette forklares ved at metadon har andre bindingsstyrker (affiniteter) for opioidreseptorene enn heroin og morfin (6). Det samme gjelder stoffet buprenorphine som igjen har andre affiniteter for opioidreseptorer enn det metadon har. Buprenorfin blir brukt på samme måte som metadon i legemiddelasistert rehabilitering av rusmisbrukere.

Buprenorphine er en delvis hemmer av opioidreseptorer. Dette gjør at dersom stoffet gis til en pasient som er opiatpåvirket vil pasienten få abstinenssymptomer (7). Injeksjon av heroin etter inntak av buprenorphine gir ikke samme opplevelse av eufori som heroin alene. Dette kan hjelpe rusavhengige til å forstå bruk av rusmiddel etter metadoninntak. Den psykiske avhengigheten er den samme ved bruk av metadon og buprenorphine som ved bruk av morfin eller heroin.

Halveringstid angir hvor lang tid det tar fra en gitt dose legemiddel er halvert i konsentrasjon i kroppen. Metadon har en halveringstid i kroppen på over 24 timer, og Subutex har ca 12 timers halveringstid. Til sammenlikning har morfin ca 3-4 timers halveringstid (6) . Siden metadon og Subutex har en mye lengre virketid i kroppen etter inntak enn det heroin eller morfin har, gjør dette at en ikke trenger ny dose så hyppig. Den fysiske abstinensen blir også av mindre akutt karakter.

Naloxone blir gitt ved overdoser for å oppheve den respirasjonsdempende effekten til morfin/ heroin. Naloxone har en svært liten sentralnervøs effekt når det blir tatt alene, men *sammen med* opioider blokkeres effekten på sentralnervesystemet. Naloxone opphever derimot ikke respirasjonsdepresjonen som oppstår ved overdose av buprenorphine fordi disse stoffene har ulike virkningmekanismer.

1.3 Rus og rusavvenning

1.3.1 Rusavhengighet

Vanligvis deles stoffer som kan gi avhengighet inn i 6 grupper som karakteriseres av hvilke rusmidler som benyttes (10):

1. Cannabis
2. Hallusinogener
3. Sentralnervøst stimulerende stoff
4. Benzodiazepiner og liknende stoffer
5. Opioider
6. Løsemidler

De siste 10-20 årene har en sett en økning i antall personer som har et blandingsmisbruk. Dette gir ofte problemer med uventede virkninger/ bivirkninger. Det stoffet som hyppigst blir benyttet sammen med andre stoffer er alkohol, men ulike rusmidler blir benyttet sammen i ulike kombinasjoner.

En har tidligere anslått tallet på tunge rusmisbrukere i Norge til 5-8 000 personer (12). Seinere er dette tallet fastsatt til å være mye høyere, og en antar et tall på mellom 10 000- 14 500 er mer riktig (12).

1.3.2 Dødsfall knyttet til bruk av narkotika.

Inhalasjon av heroin gir vesentlig lavere risiko for dødsfall enn intravenøs administrering av stoffet, og dødsfall i Norge som følge av heroin skyldes i hovedsak injisering av stoffet inn i blodbanen. Ved mange drap, selvmord og ulykker vil narkotikapåvirkning være utløsende faktor selv om ikke dødsfallet karakteriseres som et narkotikadødsfall. Det samme gjelder en del sykdommer med dødelig utfall som kan knyttes til bruk av illegale narkotiske stoffer. Det er derfor vanskelig å registrere alle reelle narkotikadødsfall i landet.

Antall dødsfall i Norge som er knyttet til bruk av narkotika blir registrert av Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kriminalpolitisen (KRIPOS). Disse tallene er noe ulike fordi SSB og KRIPOS har litt forskjellige definisjoner på hva som er narkotikadødsfall (15). SSBs tall bygger på rettsmedisinske obduksjoner og dødsmeldinger som er fylt ut av leger på stedet. Ulike leger har ulike meninger om hva som er hovedgrunnen til dødsfallet, og hva som er medvirkende årsak til død.

SSB har talt opp antall dødsfall som ble regnet som narkotikarelatert. I 1999 var det totale antall 256, i 2000 374 og i 2001 405. Gruppen av døde mellom 25-34 år utgjorde den største andelen på over 1/3 av det totale antall, tett fulgt av gruppen mellom 35-44 år som var også på 1/3. Andelen døde blant de yngste, mellom 15-24 år, økte fra 12% i -99 til 14% i 2000. I 2001 utgjorde denne gruppa hele 18% av det totale antall døde. Dette er en urovekkende økning av antall unge døde (Tabell 1).

Narkotikadødsfall blant menn er noe hyppigere enn blant kvinner. Antall kvinnelige injeksjonsmisbrukere er ca 1/3 av det totale antallet, mens kvinneandelen blant narkotikadødsfallene er omtrent 20 %. Dødstallene registrert av SSB avviker noe fra tallene fra KRIPOS, som er litt lavere. Likevel ser en at antall døde har steget de siste 20 årene. På begynnelsen av 1980-tallet var antall døde rundt 25-40 stykker. Siden har tallet steget jevnt og trutt til en topp i 2001 med 405 døde ifølge SSB og 338 ifølge KRIPOS. En fant ingen talldata for SSB i 2002 og ingen data for 2003 (Tabell 2).

I juni 1997 vedtok Stortinget at en skulle gjøre metadonassistert rehabilitering til et landsomfattende tilbud. Selv om en kan vise til gode resultater av denne behandlingen, kan en se lekkasje og salg av metadon ut på det illegale markedet. I tillegg ser man andre typer narkotika brukt sammen med metadonen. Dette registrere en ved å se på mengde metadon som er omsatt og antall dødsfall der den døde har metadon i blodet, uten å skille mellom legale metadonpasienter og illegale brukere.

Antall forgiftningsdødsfall var ganske stabilt fra 1991 til 1999 med fra 0 til 5 døde per år, samtidig som mengde metadon som var solgt økte fra ca 2 kg i 1991 til 6,6 kg i 1998. I 1999 var solgt mengde metadon kraftig økt til 23,8 kg. Videre er dette tallet økt med rundt 20 kg hvert år, og i 2002 var det solgt 82,1 kg. Samtidig er antall døde med metadon i blodbanen også kraftig økt til 44 stykker i 2002 (Tabell 3).

1.3.3 Rusavvenning

I flere år har behandling av rusavhengige personer vært et viktig tema for samfunnet. Til stadighet blir det diskutert hvilke metoder som gir de beste behandlingsresultater. Til tross for flere ulike studier kan en ikke trekke noen konklusjon for best strategi i behandling av heroin eller morfinavhengige. Det studiene derimot tyder på, er at misbruket og avhengigheten må behandles parallelt med andre livsproblemer for å oppnå varig effekt (2).

Før en starter behandling av en rusmisbruker burde en kartlegge om han eller hun er villig til å slutte og ruse seg (4). For å klare å slutte med rusen må det nykterne livet til den narkomane være bedre enn livet med rusmidler. I tillegg til abstinensproblematikken som melder seg ved avrusning, sliter mange av disse pasientene med angst som i nykter tilstand blir mer fremtredende enn i en rustilstand. For å klare et avrusningsopplegg burde pasientene vurderes individuelt med særlig vekt på tett oppfølging, stabile boforhold, et langsiktig perspektiv og et optimistisk støtteapparat rundt pasienten.

1.3.4 Psykososial behandling

I Norge består den psykososiale behandlingen av narkotikaavhengige av flere elementer (2):

1. Støttende metoder som går ut på å oppnå en emosjonell balanse etter kriser og sammenbrudd. Herunder kommer miljøterapi, selvhjelpsgrupper, avslapningsøvelser, akupunktur m.m.
2. Direkte fokus på misbruket, for eksempel aversjonsterapi og kognitiv adferdsterapi.
3. Mer omfattende metoder som familierapi og psykodynamisk orientert behandling.

1.3.5 Avrusningsmodeller

Selve avrusningen kan foregå på ulike måter (7). Her nevnes noen modeller som blir brukt:

1. Brå avvenning uten støtte av medikamenter. Metoden går ut fra en oppfatning av at abstinensreaksjonene ofte overdrives og at det avgjørende er den menneskelige faktor som støtte, omsorg og egen vilje.
2. Brå avvenning med støtte av lindrende medikamenter som ikke er med i pasientens avhengighetsproblem. Det kan være krampehindrende, kvalmedempende og søvngivende medisiner.
3. Gradvis avvenning med nedtrapping. Det betyr at pasienten får samme medikament som han/hun er avhengig av, men i doser som minskes over lang tid. Dette er for å gradvis gi mindre plager.
4. Avvenning i narkose. Her dopes pasienten ned for å ikke være ved bevissthet de dagene de fysiske abstinensplagene er til stede.

1.3.6 Kategorier av medikamentell behandling

Ulike prinsipper for bruk av medikamenter i behandlingen av rusavhengige kan deles inn i egne kategorier. De ulike prinsippene benyttes i ulik grad stort sett etter hvilke typer rusmidler den rusavhengige bruker (10). I metadonassistert rehabilitering (MAR) prosjektet er det substitusjonsbehandling, kategori 5, som er hovedprinsippet.

1. Behandling av russyntomer; mål å unngå ubehagelige eller farlige symptomer
2. Abstinensbehandling; mer behagelig overgang til rusfri tilværelse
3. Aversjonsbehandling; medikamentene skal gi ubehag ved inntak av rusmiddel
4. Behandling av "rus-suget" ("craving"); skal dempe lysten til stoff
5. Substitusjons- eller vedlikeholdsbehandling; opprettholde kontakt med et behandlingsapparat og redusere skadelige konsekvenser av stoffavhengighet.

1.3.7 Avvenning med metadon i et internasjonalt perspektiv

I USA og i Europa finnes det flere avvenningsprogrammer med metadon, og også i Norge finnes metadon som behandlingstiltak. Buprenorphine har vært prøvd som substitusjonsbehandling for pasienter som har stått på venteliste for oppstart av metadonbehandling, men det har gitt usikker gevinst (9).

Buprenorphine har et større potensiale for å havne på det illegale markedet enn det metadon har. Det skyldes at buprenorphine er en vannløselig tablett som skal legges under tunga. Disse tablettene kan løses opp for deretter å bli injisert i blodbanen på samme måte som heroin. Metadon drikkes utblandet i saft under oppsyn av helsepersonell, og det er vanskeligere å lure unna stoffet for salg enn buprenorphinetablettene.

Metadon og buprenorphine i behandling av heroinavhengige er omstridt. Dette kommer hovedsaklig av at en erstatter et narkotisk stoff med et annet. Noen hevder at en ved å tilby metadon i behandlingen signaliserer til de rusavhengige at de er "gitt opp" av samfunnet og en ser på metadonen som en siste mulighet til et rusfritt liv (3). Andre igjen hevder at metadon er en mulighet for den narkomane å komme "på toppen av situasjonen", der en fremmer en

mestringsfølelse av å motstå det psykiske suget etter rus samtidig som en demper den fysiske abstinensen etter opioid.

Ideelt sett vil en etter et års tid med metadon kunne begynne en nedtrapping på dosen. I denne tiden bør en ha sett på pasientens livssituasjon som en helhet spesielt med tanke på bolig, arbeidssituasjon og /eller utdanning. I tillegg er samtaleterapi og tett oppfølging fra fastlege og eventuelt andre instanser viktig.

Dersom avrusning ikke følges av adekvat behandling og sosiale tiltak, er det vanskelig å vise at avrusning gir resultater med et rusfritt liv i etterkant (7). Et psykologisk sug etter heroin kan komme flere år etter at pasienten er stoff-fri på samme måte som et psykisk sug etter rus. Da er det særdeles viktig med et stabilt liv og miljø rundt pasienten for å unngå en "sprekk" for den rusfrie pasienten.

1.4 Metadonbehandling i Norge

1.4.1 Planlegging av metadonbehandling i Norge

Medikamentassistert rehabilitering (MAR) av rusavhengige har vært benyttet i utlandet i lengre tid. I Norge har en derimot vært tilbakeholden med dette som et behandlingstilbud på grunn av uenighet om hvor effektivt en slik behandling er. I tillegg diskuterer en de etiske aspektene ved å tilby et rusmiddel som behandling.

I 1991 ble det arrangert en nasjonal konferanse om "Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler" for å belyse temaet, og for å få fram faglige uenigheter (10). En ønsket gjennom drøftelser å komme fram til en anbefaling som skulle benyttes i behandlingen av stoffavhengige. Konferansen varte i 2 dager, og omtrent 200 deltok. Disse kom fra ulike forskningsmiljøer, behandlingsinstitusjoner, myndigheter og ulike helse- og sosialtjenester.

Nedenfor er det listet opp de argumentene for og imot metadonbehandling i Norge som kom fram under denne konferansen.

1.4.2 Argumenter for bruk av metadon i behandling av opioidavhengige

- Økt sjanse for at klientene/pasientene forblir i behandling
- Redusert kriminalitet og illegal stoffomsetning pga minsket stofftrang
- Større mulighet for sosial reintegrering og økt selvfølelse
- Redusert dødelighet, bedret helse og redusert smitte pga redusert sprøytodeling
- Bedre resultater for langtkommende stoffavhengige som ikke har klart tidligere avrusninger
- Muligheter for lindrende behandling
- Det er ikke rapportert alvorlige negative somatiske bivirkninger av metadon etter opp til 25 års behandling

1.4.3 Argumenter mot bruk av metadon i behandling av opioidavhengige

- Det er vanskelig å holde en restriktiv kontroll med metadonforskrivningen
- Gir større vansker med å motivere til medikamentfri behandling
- Ikke ønskelig å bruke stoff for å oppnå stoff-frihet!
- Håpløshetsstempling av grupper som får tilbud om metadon
- Lekkasje av metadon til illegalt marked
- Forgiftningsfare og fare for dødsfall ved overdose metadon
- Det er vanskelig å etisk forsvare at metadon skal være tillatt for én person men illegalt for en annen.

1.4.4 MAR i Norge

Det overordnede målet med medikamentassistert rehabilitering i Norge er full rehabilitering av pasientene. Dette betyr en rusfri livsførsel med et ordnet liv utenfor rusmiljøer, akseptert livskvalitet og hjelp eller behandling for sosiale, psykiske eller somatiske problemer. Det kan også innebære en yrkesmessig rehabilitering (12).

MAR startet i Norge i 1997, og var da begrenset til to prosjekter i Oslo. Dette ble utvidet til tilbud også utenfor Oslo i løpet av 1998, og da var 204 klienter i behandling. 173 av disse befant seg i Oslo.

Da en planla MAR i Norge trodde en antall tunge rusmisbrukere var mye lavere enn det en nå anslår tallet til å være. Dermed anslo en også behovet for behandlingen til å være mye lavere enn det det har vist seg å være. Opprinnelig planla en MAR-tilbudet til 600 pasienter, men antall pasienter/ klienter i behandling har økt i alle regioner, og per 31.08.02 dreide det seg om 1853 totalt personer; Helseregion Øst: 1050, Helseregion Sør: 413, Helseregion Vest: 246, og Helseregion Midt og Nord: 144.

På tross av økt antall klienter som er blitt tatt inn i metadonbehandlingen, har ventelistene økt fra 464 personer i 1998 til 650 per oktober 2003. I 2000 var ventelista på hele 828 personer.

1.4.5 Inntakskriterier for MAR i Norge

Søkeren skal:

- være fylt minst 25 år
- være dyptgående opioidavhengig til tross for behandling i rimelig omfang uten bruk av metadon og opioider
- ha en mangeårig misbrukerkarriere som skal ha vært klart opiattdominert

Pasienten skal søke gjennom sitt sosialsenter med en tiltaksplan. Denne skal skissere individuelle mål og nødvendige tiltak. Hvert fylke skal ha et inntaksorgan som skal sikre kvaliteten på søknaden og samarbeidet mellom rustjenesten og annen spesialisttjeneste. Behandlingen gjennomføres i samarbeid mellom et sosialsenter og lege, og opplegget må godkjennes av de regionale sentrene.

Inntak av en klient til MAR består av en kontrakt mellom pasienten/klienten, den kommunale tjenesten og regionsenteret. Denne kontrakten skal sikre at tiltaksplanen blir fulgt av både pasienten og behandlerne, at kommunen følger opp med tiltak, og at regionsentret dekker medikamentkostnader og sikrer behandlingskvaliteten. Det er et viktig poeng at pasienten blir fulgt opp med rutinemessige urinprøvekontroller (13, 14).

1.4.6 Legens oppgaver

I tillegg til legens vanlige medisinske ansvar skal han/ hun delta i tverrfaglige evalueringer av pasienten. Legen deltar i nettverksarbeid, rusmestringstiltak, psykososial rådgivning og -opplæring. Medikamentet skal inntas av pasienten under tilsyn så lenge det er nødvendig, og utviklingen skal evalueres med urinprøver og samtaler. Legens rolle er særlig viktig i et langsiktig perspektiv, der tillit mellom pasient og lege spiller en stor rolle (13).

1.4.7 Utskrivningskriterier

Pasienter skal, med mindre det vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon, skrives ut av prosjektet ved tilfeller av eller begrunnet mistanke om omsetting og sidemisbruk av narkotika og/eller vanedannende legemidler. Pasientene skal også skrives ut av MAR dersom de gjør bruk av vold og/eller trusler om vold.

Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, eller juks med urinprøver eller legemiddelinntak kan gi grunnlag for utskrivning. Det samme gjelder manglende oppmøte til avtaler, manglende henting av legemiddel og samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan. På grunn av dette punktet er det særdeles viktig at prosjektet og pasienten på forhånd har kommet til enighet om avtaler og tiltaksplan, og at pasienten har forstått regelverket (13).

1.4.8 Klage

Forvaltningsloven gir klientene mulighet til å klage på avgjørelsene til prosjektledelsen, både når det gjelder vedtak om å skrive ut klienten fra prosjektet eller om å ikke bli tatt inn til behandling. Denne klagen skal være skriftlig (14).

II. Egen undersøkelse

2.1 Introduksjon

Grunnen til temavalget mitt for femteårsoppgave er at jeg tilfeldigvis kom i kontakt med en lege som er svært engasjert i arbeidet med rusmisbrukere og bruk av substitusjonsbehandling for å få disse pasientene rusfrie. Denne legen fortalte at han hadde mange rusmisbrukere under behandling med metadon eller buprenorphine, og at han gjerne ville ha prøvd å lage statistikk over dette pasientmaterialet som han mente var ganske unikt. Jeg foreslo å lage et spørreskjema som omfattet endring i livskvalitet for disse pasientene samtidig som jeg ønsket å gå inn i journalene for å se om jeg kunne finne en objektiv endring av helsetilstand. For å avgrense oppgaven noe ønsket jeg å bare undersøke data til de kvinnelige pasientene.

Da planleggingen av spørreundersøkelsen begynte, var det snakk om en gruppe på i underkant av 30 pasienter. Denne gruppen ble vesentlig mindre fram til da spørreskjemaene kunne bli delt ut. Dette var i løpet av en tidsperiode på over 2 år. Gruppen var antakelig blitt noe overestimert i forkant av undersøkelsen. Noen pasienter døde av overdose før undersøkelsen ble satt i gang og andre igjen hadde forsvunnet ut av legekantorets rekkevidde.

Da spørreskjemaene ble levert ut bestod legens pasientgruppe av kvinnelige rusmisbrukere av 15 pasienter. Alle disse ble inkludert i studien. En av disse falt ut av metadonprogrammet før pasienten fikk levert skjemaene tilbake, og tre pasienter leverte ikke inn sine tildelte skjema på tross av "purring" fra fastlegen.

Mange av studiene som har sett på rusavhengige og problematikken omkring avrusningssituasjonen har undersøkt kvantitativt antall døde, rusfrie, fortsatt narkomane og antall personer som har falt ut av de ulike studiene. En har ennå ikke klare svar på hva som er de beste behandlingsmåtene for å få en pasient rusfri, annet enn at tverrfaglige tiltak ser ut til å hjelpe (13, 3).

En vet lite om hva den enkelte rusavhengige som er innenfor et rusavvenningsprogram selv føler omkring sin egen situasjon, og i hvilken grad levekårene til disse personene virkelig har endret seg. Siden det ved en vellykket rusavvenning er viktig med bedring av den sosioøkonomiske statusen til pasienten er det ønskelig å kunne se på livssituasjonen før og etter oppstart av metadon.

Kvinner og menn har ulike oppfatninger om hva som er sykdom og hva som er friskt. Kvinner har ofte litt andre livsoppgaver enn menn til tross for likestilling i dagens samfunn. Et eksempel er det å ta seg av barn som er oftest en kvinneoppgave, og kvinner har ofte en annen identitet enn menn (16).

Ved å ta utgangspunkt i en liten gruppe personer med tilknytning til samme legekantor ville en kunne få bedre oppfølging fra denne fastlegen til å få spørreskjemene tilbake med svar. Det syntes viktig i og med at denne pasientgruppen er en dynamisk gruppe der det stadig skjer endringer.

2.2 Metode

Jeg ønsket å se på livssituasjonen til pasientene før metadonbehandlingens oppstart og sammenlikne det med situasjonen etter begynt behandling. "Livssituasjon" ble definert som boligsituasjon, inntektskilde og sivil status. Før undersøkelsen ble gjennomført, forventet en å finne en bedring i både boligsituasjon med flere egne boliger og inntektskilde med flere arbeidsinntekter.

Det ble delt ut et spørreskjema til en liten gruppe kvinnelige rusavhengige ved et legekantor i Norge som behandles med metadon eller Subutex. Dette spørreskjemaet skulle bli levert sammen med en underskrevet samtykkeerklæring til legekantoret etter at det var utfyllt. Disse arkene ble oppbevart separat slik at pasientenes identitet ut fra samtykkeerklæringa ikke skulle kunne bli satt i sammenheng med deres innleverte spørreskjema. Pasientene ble oppfordret fra sin fastlege til å delta i undersøkelsen, og graden av anonymitet i undersøkelsen ble ytterligere presisert av fastlegen.

Deretter ble det hentet ut opplysninger fra pasientenes journaler med tanke på deres fysiske helse og eventuelle sidemisbruk i behandlingen. Disse opplysningene ble samlet, og ble sett på uavhengig av de innleverte skjema. Dette var for å ivareta anonymiteten til de som svarte på spørreskjemaene.

Det var av interesse å se på et eventuelt sidebruk av alkohol i tillegg til metadon/buprenorphine. For å bedre kvantitere alkoholbruken ble det spurt om mengde alkohol sist drikket, og når det sist gang ble brukt alkohol. Grunnhypotesen gikk ut på at gruppen som helhet har et betydelig sidemisbruk av alkohol.

Det ble spurt om pasientenes egenoppfattelse av sin livssituasjon per i dag, og om de noen gang hadde tenkt på å slutte med metadon/Subutexbehandlingen. Det siste for å belyse hvor vanskelig pasientene synes det er med selve behandlingen, og om de fortsetter til tross for ønske om å slutte med behandling.

Det var interessant å kartlegge synspunktene til kvinnelige rusavhengige siden gruppen ville være mer homogen i motsetning til en kjønnsblandet gruppe. Kvinner har kanskje også et større behov for å kunne få barn og til å ta vare på egne barn enn det menn har. Dette spørsmålet er ikke blitt nærmere utdypet annet enn at det ble spurt om pasienten har barn eller ikke. Barn kan fungere som en pådriver for å kunne klare å slutte med rusmidler, og det var av interesse å se hvor mange av de inkluderte som hadde barn.

For å kunne få objektive data på resultater av behandlingen, ønsket en å se på leverprøver før og etter oppstart med metadon/Subutex. Hypotesen var at en eventuell leverbetennelse ville kunne bli bedre og at en kan se det ved et færre antall pasienter som har forhøyete leverprøver; ALAT, ASAT og γ -GT. En ønsket å se på hepatitt C status for å kartlegge forekomsten i denne gruppen, og en forventet mange hepatitt C positive i og med at forekomsten av denne sykdommen er høy hos intravenøsbukere.

En forventet å finne et betydelig bruk av legemidler skrevet ut fra lege. For å se på legemiddelbruken, gikk en inn i pasientjournalene og registrerte medikamenter utskrevet ved de siste tre pasientkonsultasjonene. Der det ikke var noen medikamenter utskrevet de siste tre konsultasjonene, registrerte en hvor lang tid det var siden pasienten sist fikk resept på medikamenter fra sin lege.

En allmenn oppfatning er at rusmisbrukere er hyppige brukere av legetjenester. For å se litt på dette, ble det talt opp antall vanlige legekonsultasjoner og antall ansvarsgruppemøter som hver enkelt pasient har hatt i løpet av et år. Ansvarsgruppemøtene er i regi av avrusningsopplegget og går ut på et tverrfaglig team-møte for pasient, lege og andre som pasienten selv ønsker skal være med. Det kan for eksempel være sosialkontoret eller trygdekontoret.

2.3 Etikk

Det ble skrevet protokoll for undersøkelsen. Alle pasientene har fått skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen, og de har skrevet under på samtykkeerklæring til å delta i undersøkelsen.

Protokoll, informasjonsskriv og spørreskjema ble sendt for vurdering til Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge. Det ble også sendt meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

III. Resultater

Resultatene som kom fram ved spørreundersøkelsen og ved innhenting av journalopplysninger er kort sammenfattet i tabeller i vedlegg 4 og 5.

Etter svarene fra spørreskjemaene fant en at tre flere hadde fast bolig etter at de startet med substitusjonsbehandlninga enn før oppstart.

Det var ingen som hadde fått seg arbeidsinntekt etter behandlingsstart, og bare 1 av 13 personer hadde arbeidsinntekt. Hun hadde hatt det hele tiden. Derimot var det tre færre som fikk sosialhjelp og fire flere som fikk uføretrygd eller attføring etter behandlingsstart. Alt i alt var det 10 av 13 som fikk trygd/attføring etter behandlingsstart.

Den sivile status var i hovedsak uendret for pasientene før og etter behandlingsstart. Hele 9 av 11 har barn.

Når det gjelder alkoholbruken er det ikke noe enstydig svar i denne gruppen, og bruken av alkohol er som hos en normalbefolkning veldig varierende. 9 av 11 anga at det var mer enn to uker siden de sist hadde drukket alkohol. Når det gjelder mengden alkohol som ble drukket ved sist anledning var det satt flere kryss hos et par stykker. Likevel hadde de fleste (5 av 13) svart 1-2 enheter øl, vin eller brennevin. De andre svarene var jevnt fordelt ut over gruppene: "3-4 enheter", "5-6 enheter" og "7-8 enheter". Bare 1 av 9 hadde svart at mengden alkohol sist drukket var mindre enn vanlig. 9 av 10 drikker mindre enn en gang i uken. 2 av svarskjemaene ble levert uten kryss på spørsmålene om alkohol.

Alle de spurte syntes de hadde fått et bedre liv etter oppstart med metadon eller Subutex-behandling! 5 av 11 hadde aldri ønsket å slutte med behandlninga, og 4 stykker hadde noen ganger ønsket å slutte. 2 av 11 hadde flere ganger ønsket å slutte med behandlninga.

Fra pasientjournalene ble det hentet svar fra leverprøver, og hos mange pasienter manglet disse opplysningene. For de som svarte ser derimot ut til at det har skjedd en forbedring av leverprøvene etter påbegynt behandling.

Det var tatt hepatitt C prøver av bare 6 av 11 pasienter. 5 av disse 6 hadde positivt hepatittprøvesvar, noe som var forventet på forhånd.

Det var forventet å finne at denne pasientgruppa hadde mange legekonsultasjoner og at de også fikk en del medikamenter fra fastlegen. Særlig har det vært en "allmenn oppfatning" at denne pasientgruppen får utskrevet mye psykofarmaka. Etter det en fant i journalene var det svært lite medikamenter skrevet ut de siste 3 konsultasjonene. Fire av pasientene hadde fått "vanlige" medikamenter som betennelsesdempende medisiner, anitastmatika og antibiotika. En pasient hadde fått antidepressiva. Ellers var det ikke skrevet ut medikamenter på 3 måneder (2 pasienter), 7 måneder (2 pasienter) og 9 måneder (2 pasienter).

Antall legekonsultasjoner per pasient i gjennomsnitt på ett år var 8,1 legetimer. I tillegg kom 6,7 ansvarsgruppemøter per pasient på ett år.

iv. Diskusjon

Resultatene en fant ved denne undersøkelsen av en liten gruppe metadon-/ buprenorfin-behandlede kvinner kan en ikke anta også vil gjelde en større populasjon tidligere rusmisbrukere som får medikamentassistert rusbehandling.

Mange av kvinnene i denne undersøkelsen hadde barn, noe som kan være spesielt for denne gruppen. Alle disse kvinnene var tilknyttet samme legesenter, og de fleste hadde samme fastlege. Dette kan også gjøre sitt til at denne gruppen pasienter blir noe spesiell og ikke kan representere rusmisbrukerpopulasjonen med tanke på resultatene fra denne undersøkelsen.

Sivil status var uendret for gruppen før og etter oppstart med MAR. Gruppen med enslige var omtrent helt lik gruppen med samboere/ gifte pasienter, og en kan dermed ikke si noe om hvor viktig det er med familie som støttespiller eller som en pådriver for å kunne klare å fortsette med behandling. Flere fikk egen bolig.

I denne gruppen er det ikke mange som har en arbeidsinntekt, men flere gikk over fra å få sosialhjelp til å få trygd. Det ble ikke skilt mellom uføretrygd, rehabiliteringspenger eller attføring, noe som også hadde vært av interesse. Det en kan spørre seg om er hvorfor ikke flere kom ut i arbeidslivet. Et stabilt nettverk er jo som nevnt tidligere viktig for å kunne klare å holde seg rusfri. I dette inkluderes et stabilt arbeidsnettverk.

Alkohol blir brukt i varierende grad; kanskje for å holde den psykiske avhengigheten til opioider under kontroll eller kanskje for å føle en sosial aksept blant ikke-rusavhengige og/eller inad i et rusmiljø. Uansett grunn er mengden og hyppigheten av alkoholinntak svært varierende, - på samme måte som det vil variere mye i en normalbefolkning. En må regne med en viss usikkerhet i selvrapporingen av mengde drukket alkohol i denne gruppen personer på samme måte som det underrapporteres hos en normalbefolkning.

Ut fra det lille grunnlaget i denne gruppen kan en ikke trekke noen konklusjoner med tanke på bedring av selve helsesituasjonen til pasientene. Leverfunksjonsprøvene var for ufullstendig fulgt opp i pasientjournalene til at en kan si noe konkret om bedring eller forverring av disse.

Kvinner har ofte spørsmål og problemer som har med fertilitet og graviditet gjøre. Det er ikke verifisert at kvinner har et annet sykdomsbegrep enn menn, at kvinner er mer syke enn menn, eller at de har lavere terskel for å oppsøke lege. Likevel har kvinner et noe høyere antall legekonsultasjoner på ett år enn menn.

Det lave antallet legekonsultasjoner tyder på at denne gruppen slett ikke er spesielt mer sykkelig enn folk flest. Generelt er det bare 5-8 % av kvinnelige pasienter som rapporterer mer enn 11 legekonsultasjoner på ett år (16). I følge Statistisk sentralbyrå har kvinner hatt 22 legekonsultasjoner de siste 14 dager per 100 kvinner. Det vil utgjøre et gjennomsnitt på 5-6 legekonsultasjoner på ett år per kvinne, mens menn har ca 4 legekonsultasjoner til sammenlikning. 19 % av alle kvinner har hatt mer enn 5 konsultasjoner hos sin primærlege på ett år. Denne pasientgruppen hadde i gjennomsnitt 8,1 legetimer på ett år. I tillegg kom 6,7 ansvarsgruppemøter per pasient i samme tidsrom.

Pasientene har krav på oppfølging i form av ansvarsgruppemøter, men det er individuelle forskjeller i hvor mange slike møter hver og en har behov for. I denne lille populasjonen ble det for pasientenes del skilt mellom legetimer og ansvarsgruppemøter, men dersom det var ønskelig var det mulighet for å ta opp somatiske spørsmål med legen sin på ansvarsgruppemøtene også.

Det lave antallet legemidler som er skrevet ut tyder også på at noen myter som dreier seg om at rusmisbrukere i behandling med metadon er storforbrukere av legemidler ikke nødvendigvis er sanne. Det er de legene som skal behandle denne gruppen pasienter som selv må aktivt tenke over hvilke medikamenter som er nødvendig for hver pasient slik at de får den behandlingen de har krav på, samtidig som en kvalitetssikrer behandlinga de får. Derfor kan disse resultatene være spesielle for denne gruppen pasienter, og andre som er i samme situasjon kan ha flere eller færre legekonsultasjoner og bruke mer eller mindre medisiner. I tillegg har en bare sett på medisiner som pasientene har fått skrevet ut hos sin fastlege og ikke på reseptfrie preparater, preparater skrevet ut av andre leger enn fastlegen, eller preparater fått på illegalt marked.

Årsaken til at etterspørselen etter medikamentassistert rehabilitering har økt så mye ligger nok i at mange rusavhengige ønsker å få et bedre liv. De har kanskje prøvd andre tiltak uten at de har lyktes i å bli rusfri. En god del av dette nederlaget kan begrunnes i at suget etter rus og abstinensene blir for sterke til å stå imot. Ved medikamenter i bunn lettes abstinensene og det kan være lettere å stå imot rus- suget.

Når det gjelder medikamentassistert behandling generelt kan en diskutere om inntakskriteriene og reglene for å få lov til å fortsette i programmet er for strenge. Alderskriteriet på fylte 25 år er et snevert kriterium siden rusmisbruket oftest starter blant ungdommer.

Ett punkt som kan oppfattes som unødvendig strengt ved MAR er at de som kan søke om inntak til metadonassistert behandling må ha hatt en tung misbrukerkarriere på minst 10 år. Mange rusmisbrukere har strevd lenge for å skjule sitt misbruk, og så må de plutselig bevise sitt lange rusmisbruk for å få lov til å bli tatt opp ved MAR. Jo lengre en person har vært avhengig av rusmidler, jo vanskeligere er det for denne personen å klare å komme seg ut av rusmisbruket.

Ett annet av kravene for opptak ved MAR er at personen må ha prøvd annen behandling uten at det har ført til rusfrihet. Dette kravet er også strengt i og med at for hvert behandlingstiltak som ikke har ført fram til rusfrihet blir det vanskeligere ved neste behandlingsforsøk. De svakeste av denne pasientgruppen vil kanskje heller ikke klare å gjennomføre MAR-programmet, og dermed risikere å stå uten et behandlingstilbud.

v. Konklusjon

For den undersøkte gruppen kvinnelige rusmisbrukere som har begynt en substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin er behandlingen et steg på veien til det bedre liv for disse pasientene. Selve følelsen av å mestre situasjonen vil være nok til å klare å holde seg rusfri, selv om det kan bety en årelang, om ikke livslang substitusjonsbehandling. ALLE pasientene i gruppen som ble undersøkt rapporterte om et mye bedre liv.

Belastningen på helsevesenet blir nok ikke uforholdsmessig stort ved å la disse tidligere rusmisbrukerne gå på metadon eller buprenorfin. Dette gjenspeiles i at både antall legekonsultasjoner og antall legemidler denne gruppen hadde fått utskrevet fra sin fastlege kan regnes som normale.

Det er ikke et høyt forbruk av alkohol i denne gruppen av pasienter. Det en ser er at alkohol blir brukt i svært ulik mengde, og alkoholen blir ikke brukt som kompensasjon for heroinrus.

Det er en viss sosial bedring i og med at 3 stykker har fått egen bolig. Derimot har ingen flere fått arbeidsinntekt. Dette på tross av viktigheten av et stabilt ikke-rusbetinget nettverk for å oppnå varig rusfrihet.

VI. Vedlegg

Tabell 1. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på alder

Alder	1999	2000	2001
15-24	31 (12%)	54 (14%)	73 (18%)
25-34	107 (42%)	150 (40%)	144 (36%)
35-44	81 (32%)	128 (34%)	122 (30%)
45-54	26 (10%)	36 (10%)	54 (13%)
55-59	4 (1%)	6 (2%)	5 (1%)
60 +	7 (3%)	0	7 (2%)
Totalt	256	374	405

Rusmidler i Norge 2003; 100-178. www.sirus.no (15)

Tabell 2. Dødsfall som skyldes bruk av narkotika fordelt på kjønn

Fra 1978 til 1996 er hvert 2. år tatt med. Fra 1996 og til i dag er tallene fra hvert år tatt med. Medikamentassisteret rehabilitering startet i 1997.

	Antall døde i følge KRIPOS			Antall døde ifølge SSB		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
1978	..	..	..	19	5	24
1980	..	..	..	23	9	32
1982	..	..	25	20	4	24
1984	..	..	40	22	8	30
1986	..	..	55	39	5	44
1988	..	..	63	37	11	48
1990	..	..	75	52	18	70
1992	78	19	97	81	23	104
1994	102	22	124	105	19	124
1996	159	26	185	173	31	204
1997	149	28	177	160	34	194
1998	226	44	270	228	54	282
1999	181	39	220	191	65	256
2000	264	63	327	302	72	374
2001	286	52	338	327	78	405
2002	166	44	210	..	..	..

Rusmidler i Norge 2003; 100-178. www.sirus.no (15)

Tabell 3. Forgiftingsdød med funn av metadon relatert til metadon-omsetning

Årstall	Forgiftingsdødsfall	Metadon solgt (kg)
1991	0	2,1
1992	3	2,1
1993	4	3,3
1994	2	2,5
1995	1	4,5
1996	4	6,2
1997	1	4,5
1998	2	6,6
1999	5	23,8
2000	13	39,8
2001	25	53,4
2002	44	82,1

Rusmidler i Norge 2003; 100-178. www.sirus.no (15)

Vedlegg 1.

Protokoll for 5.årsoppgaven for Siw-Lindia Leirbakk

- Undersøkelsen går ut på å registrere endrete levekår for kvinnelige rusavhengige pasienter som er begynt med metadon eller Subutex- behandling.
- Undersøkelsen vil bli basert på selvrapport i form av et spørreskjema pluss uthenting av enkelte medisinske opplysninger fra pasientenes journal ved Sentrum legesenter i Kristiansand.
- Pasientene som blir spurt om å være med i undersøkelsen er alle kvinnelige pasienter som behandles med metadon eller Subutex ved Sentrum legesenter, Henrik Wergelands gate 4, 4612 Kristiansand. I antall blir det rundt 30 pasienter.
- Hver pasient får utdelt et informasjonsskriv sammen med forespørsel om å delta på undersøkelsen fra dr.med Dagfinn Haarr ved oppmøte på ansvarsmøter, som er en gang i måneden. Muntlig informasjon vil også bli gitt, i tillegg til at pasientene har mulighet til å stille spørsmål angående undersøkelsen på ansvarsmøtene. Informasjonsskrivet har også en samtykkeerklæring som underskrives dersom pasienten er villig til å delta.
- Dersom pasienten samtykker i å være med på undersøkelsen blir det gitt ut et spørreskjema som pasienten kan levere inn noen dager etter ansvarsgruppemøtet. Vedlagt spørreskjemaet er en konvolutt som skjemaet skal legges i før innlevering for å sikre anonymiteten på svarene.
- I tillegg vil det bli hentet ut følgende informasjon fra deltakernes journal
 - Leverprøvesvar før og etter metadonbehandling: ALAT, ASAT, gamma-GT
 - Hepatitt C prøve: positiv/negativ
 - Medikamenter ved de siste tre konsultasjoner
- Alle data vil være anonyme når de er overført fra journalene. Spørreskjema er ikke personidentifiserbare
- Etter at alt materialet er sortert vil det bli skrevet en rapport om resultatene.
- Intern veileder fra Universitetet i Tromsø er professor dr.med Georg Høyer.

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring

Forespørsel til deltakelse i en undersøkelse om endrete levekår til kvinnelige pasienter som behandles med metadon/Subutex i Kristiansand.

Jeg er en legestudent som er interessert i å se på hvordan det går med pasienter som begynner med metadon/Subutex- behandling. For å få opplysninger til denne undersøkelsen ønsker jeg om å få svar på noen spørsmål fra deg. I tillegg ønsker jeg tillatelse til å få innsyn i din pasientjournal for å hente ut enkelte medisinske opplysninger.

Alle kvinnelige pasienter ved Sentrum legesenter i Kristiansand som står på substitusjonsbehandling med metadon eller Subutex får forespørsel om å delta i denne undersøkelsen.

De medisinske opplysningene jeg ønsker å innhente er leverprøver før og under behandling med metadon, opplysninger om en eventuell leverbetennelse, og hvilke nåværende medikamenter du får fra din lege i tillegg til metadon. Alle opplysningene vil bli anonymiserte. Dette innebærer at når jeg har innhentet de aktuelle opplysningene kan verken jeg eller andre finne ut hvem som har gitt opplysningene. Ingen navn eller andre personlige kjennetegn vil bli nevnt i forbindelse med denne undersøkelsen. Jeg gjør også oppmerksom på at jeg har taushetsplikt for alle opplysninger jeg får del i.

Det er helt frivillig å delta. Uansett om du velger å bli med på undersøkelsen eller ikke vil det ikke ha noe å si for din videre behandling hos lege. Det er kun jeg som skal lese skjemaet og registrere svarene dine.

Spørreskjemaet skal ikke merkes med navn, og det bes levert inn i vedlagte konvolutt forseglet og uten navn. Det skal kun registreres at du har levert inn ditt spørreskjema. Det er fullt mulig å trekke seg fra undersøkelsen helt fram til journalopplysningene dine blir samlet inn. Mer informasjon om tidspunkt for dette kan du få ved henvendelse til Dr Dagfinn Haarr.

Dersom du er villig til å delta i denne undersøkelsen skal du levere inn et eksemplar underskrevet samtykkeerklæring til Sentrum legesenter i Kristiansand, mens det andre eksemplaret skal du beholde selv. Når prosjektet er avsluttet og oppgaven er ferdig skrevet, kan du ved å henvende deg til legesenteret få tilgang til mine konklusjoner fra denne undersøkelsen.

Dersom det er noe du lurer på angående undersøkelsen kan du kontakte dr Dagfinn Haarr ved Sentrum legesenter, Henrik Wergelands gate 4, 4612 Kristiansand.

Kontaktperson og oppdragsgiver for prosjektet er Dagfinn Haarr. Prosjektveileder er professor dr.med Georg Høyer ved Det Medisinske Fakultet ved Universitetet i Tromsø. Det vil ikke bli gitt honorarer eller lønn i forbindelse med denne undersøkelsen. Undersøkelsen er vurdert og tilrådt av Regional komitè for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge.

Med vennlig hilsen Siw-Lindia Leirbakk

Samtykkeerklæring for å delta i undersøkelsen av levekår og substitusjonsbehandling for kvinner i Kristiansand.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og er villig til å delta i studien.

Signatur og dato

Dette eksemplaret skal beholdes av pasienten.

Samtykkeerklæring for å delta i undersøkelsen av levekår og substitusjonsbehandling for kvinner i Kristiansand.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og er villig til å delta i studien.

Signatur og dato

Dette eksemplaret skal leveres inn til Sentrum legesenter,
Henrik Wergelands gate 4, 4612 Kristiansand.

Vedlegg 3. Spørreskjema

Undersøkelse av endrete levekår for kvinnelige pasienter som behandles med metadon/Subutex i Kristiansand.

1) Boligsituasjon før påbegynt behandling

- Egen bolig
- Sosialbolig
- Hos venner og bekjente
- Uten fast bolig

2) Boligsituasjon nå

- Egen bolig
- Sosialbolig
- Hos venner og bekjente
- Uten fast bolig

3) Inntektskilde før behandling

- Arbeidsinntekt
- Trygd/ attføring
- Sosialhjelp

4) Inntekt nå

- Arbeidsinntekt
- Trygd/ attføring
- Sosialhjelp

5) Sivil status før behandling

- Enslig
- Samboer
- Gift
- Skilt eller enke/enkemann

6) Sivil status nå

- Enslig
- Samboer
- Gift
- Skilt eller enke/enkemann

7) Har du barn?

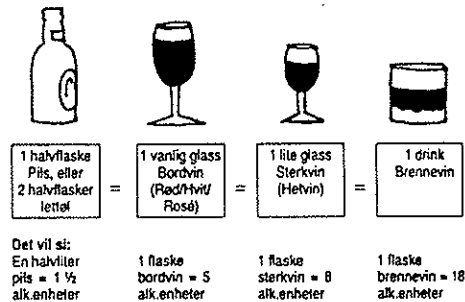
- Ja
- Nei

8) Når drakk du alkohol sist?

- I dag
- Tidligere denne uka
- I løpet av de to siste ukene
- Mer enn to uker siden sist

9) Nedenfor er en tegning av ulike mengder alkohol som regnes som en alkoholenhet.

En alkoholenhet =



Hvor mye drakk du sist gang du drakk alkohol?

_____ enheter øl
_____ enheter vin
_____ enheter brennevin

10) Er dette den mengden alkohol du bruker å drikke? Sett et kryss

- Mer enn vanlig
- Som vanlig
- Mindre enn vanlig

11) Hvor ofte bruker du å drikke alkohol i løpet av en vanlig uke?

- Mindre enn en gang
- 1-2 ganger
- 3-5 ganger
- Mer enn 5 ganger

12) Hvordan synes du livet ditt er nå i forhold til før du begynte på metadon/ Subutex?

Sett et kryss.

- Mye bedre
- Litt bedre
- Som før
- Litt verre
- Mye verre

13) Har du ønsket å slutte med metadon/ Subutex- behandlinga noen gang? Sett et kryss.

- Aldri
- Noen ganger
- Mange ganger
- Hele tiden

Vedlegg 4. Resultater spørreskjema.

Noen spørsmål var besvart med flere kryss for de ulike svaralternativer.

Spørsmål 1: Boligsituasjon før påbegynt behandling.

Spørsmål 2: Boligsituasjon nå.

	Egen bolig	Sosialbolig	Hos venner og bekjente	Uten fast bolig	Sum
Før behandlingsstart	6	1	1	3	11
Etter behandlingsstart	9	1	1	0	11
Differanse før-nå	+3	Uendret	Uendret	-3	

Spørsmål 3: Inntektskilde før behandling.

Spørsmål 4: Inntekt nå.

	Arbeidsinntekt	Trygd/attføring	Sosialhjelp	Sum
Før behandlingsstart	1	6	5	12
Nå	1	10	2	13
Differanse før-nå	Uendret	+4	-3	

Spørsmål 5: Sivil status før behandling.

Spørsmål 6: Sivil status nå.

	Enslig, skilt eller enke/ enkemann	Samboer eller gift	Sum
Før MAR	6	5	11
Etter	6	5	11
Differanse før-nå	Uendret	Uendret	

Spørsmål 7. Har du barn?

Ja: 9

Nei: 2

Sum: 11

Spørsmål 8. Når drakk du alkohol sist?

I dag	0
Tidligere denne uka	2
I løpet av de to siste ukene	0
Mer enn 2 uker siden sist	9
Sum	11

Spørsmål 9. Hvor mye drakk du sist gang du drakk alkohol?

	1-2 enheter	3-4 enheter	5-6 enheter	7-8 enheter	Ingen kryss
Øl	4	1	1	1	
Vin	1	0	1	0	
Brennevin	0	0	1	1	
Sum	5	1	3	2	2

Spørsmål 10. Er dette den vanlige mengden alkohol du bruker å drikke?

Mer enn vanlig	4
Som vanlig	4
Mindre enn vanlig	1
Ingen kryss	2
Sum	11

Spørsmål 11. Hvor ofte bruker du å drikke alkohol i løpet av en vanlig uke?

Mindre enn en gang	9
1-2 ganger	1
3-5 ganger	0
Mer enn 5 ganger	0
Ingen kryss	1
Sum	11

Spørsmål 12. Hvordan synes du livet ditt er nå i forhold til før du begynte på metadon eller Subutex?

Mye bedre	11
Litt bedre	0
Som før	0
Litt verre	0
Mye verre	0
Sum	11

Spørsmål 13. Har du ønsket å slutte med metadon/Subutex-behandlinga noen gang?

Aldri	4
Noen ganger	5
Mange ganger	2
Hele tiden	0
Sum	11

Samholdt svar på spm 9 og 10; mengde alkohol og om dette er mengden alkohol som vanligvis blir drukket.

Mindre enn vanlig:

- 6 øl
- 7 ½ øl, 5 vin og 8 brennevin

Som vanlig:

- 2 vin
- 1 ½ øl
- 1 øl

Mer enn vanlig:

- 1 øl
- 5 brennevin
- 4 øl

Avholds:

- 1 av de spurte.

Vedlegg 5. Resultater fra innhentet journalinformasjon.

Ikke all informasjon var mulig å spore i journalene. Det vises til hvor mange registrerte prøver som finnes per pasient for de prøvene det gjelder.

1. Forhøyete leverprøver før/ etter behandlingsstart

	ALAT	ASAT	γ - GT
Før MAR	5 av 9 (55%)	4 av 9 (44%)	5 av 9 (55%)
Etter MAR	2 av 4 (50%)	1 av 4 (25%)	2 av 4 (50%)
Differanse før-nå	5% færre	19% færre	5% færre

2. Hepatitt C prøve

Positiv: 5

Negativ: 1

Ikke funnet i journal: 5

3. Medikamenter utskrevet ved de siste tre konsultasjoner

- 1 pasient har fått Dumoxin (antibiotika)
- 1 pasient har fått Bricanyl (antiastmatika)
- 1 pasient har fått Apocillin (antibiotika)
- 1 pasient har fått Brufen (betennelsesdempende medikament)
- 1 pasient har fått Remeron (antidepressiva)
- Ingen medikamenter på 3 mnd: 2 pasienter
- Ingen medikamenter på 7 mnd: 2 pasienter
- Ingen medikamenter på 9 mnd: 2 pasienter

**4. Antall konsultasjoner og ansvarsgruppemøter per pasient
fra perioden 30/7 -02 til 30/7 -03**

Pasient nummer	Antall konsultasjoner	Antall ansvarsgruppemøter	Totalt antall kontakttimer
1	3	6	9
2 *	2	2	4
3	7	5	12
4	15	5	20
5	6	7	13
6	5	9	14
7	5	5	10
8	11	7	18
9	10	5	15
10	19	8	27
11	0	10	10
Sum	83	69	152

*) Pasienten hadde bare vært med i prosjektet i 2 mnd på oppsummeringstidspunktet. For å finne antall årlige konsultasjoner for denne pasientgruppen, så en bort fra denne pasienten.

Sum antall konsultasjoner og ansvarsgruppemøter per pasient fra perioden 30/7 -02 til 30/7 -03, sett bort fra pasient 2:

Pasienter	Antall konsultasjoner	Antall ansvarsgruppemøter	Totalt antall kontakttimer
10	81	67	148

VII. Litteratur

1. www.rusdir.no/fakta_om/narkotika/stoffene/heroin
2. Sosialdepartementet SOS-NOU 2003:4 www.odin.dep.no/sos/norsk/publ/utredninger
3. Evy Frantzen: "Metadonmakt". Universitetsforlaget 2001.
4. Artikkel "Behandling av unge heroinmisbrukere" av Jan Erik Thoresen
www.motstoff.no/mot_stoff/nr3%202002/livet_side_tre
5. Artikkel "Suget og abstinensen er bøygen" av Sidsel Skotland www.folket.no/sugetog.htm
6. Rang, Dale, Ritter; "Pharmacology, fourth edition"; s 589-597
7. "Medikamentell behandling ved avrusning og abstinens. Anbefaling fra rusmiddelstaten til bruk i akuttinstitusjonene i Oslo 2002"
8. Metadonklinikken årsrapport 2000: <http://hotell.nexel.no/bergenclinics/2000/mk.htm>
9. Harsvik media: www.mamut.com/homepages/Norway/1/14/harsvik_media/newsdet57.htm
10. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd: "Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler". NAVF 2002.
11. Artikkel "Narkotikasituasjonen internasjonalt",
www.rusdir.no/fakta_om/nynorsk/narkotika/narkotikasituasjon_int.htm
12. T. Gurrik, W. Haga, R. Hole, G. Spilhaug, H. Waal: "MAR i Norge; Utvikling, utfordringer og perspektiver. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene. Bergen 29-30 november 2002."
13. Artikkel "En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere" av H. Waal, A.L. Krook, G. Welle-Strand, O. Espegren, R. Hole, K.B. Lazaridis, M. Sandvold, S. Moen, T. Høiseth. Tidsskr Nor Lægeforening nr.19, 2001; 121: 2301-5
14. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere;
<http://odin.dep.no/sos/norsk/publ/rundskriv/030031-250006/index-dok000-b-f-a.html>
15. Rusmidler i Norge 2003; 100-178. www.sirus.no
16. NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge, kapittel 1. www.bks.no/online.htm
17. Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell 2001; 1065-1080

