

Fokus på narkotika

Substitusjonsmidlers nøkkelrolle i narkotikabehandlingen



Substitusjonsbehandling nå vanlig i EU

Stadig flere problembrukere av narkotika i Den europeiske union (EU) tilbys nå substitusjonsbehandling. De første forsøkene fant sted i Nord-Europa mot slutten av 1960-tallet og omfattet først og fremst metadon. På midten av 1990-tallet hadde alle EUs medlemsstater tilbud om substitusjonsbehandling. Selv om det nå er bred enighet i Europa om nytten av slik behandling, er temaet fortsatt ømtålig i en del land.

Det er vitenskapelig bevist at substitusjonsbehandling kan bidra til en nedgang i kriminalitet, smittsomme sykdommer og narkotikarelaterte dødsfall – og forbedre misbrukeres fysiske, psykiske og sosiale velferd. Imidlertid hevder noen at dette ikke er en behandling, men et halvhjertet tiltak som i virkeligheten ikke innebærer noen løsning på narkotikaproblemet. EONN mener at den politiske debatten om substitusjonsbehandling ikke bare bør dreie seg om fordeler og ulemper, men snarere bør betraktes som ett element i et bredt spekter av tiltak mot misbruk av narkotika, inkludert medikamentfri behandling.

Anslagsvis får rundt en halv million narkotikabrukere verden over substitusjonsbehandling. Mer enn 300.000 av disse er i Europa, anslagsvis 110.000 i USA [1].

Metadon er fortsatt det medikamentet som er vanligst i substitusjonsbehandling, selv om det ikke lenger råder grunnen alene. Buprenorfin dominerer i Frankrike. Andre EU-stater har iverksatt forsøk med stoffer som dihydrokodein, morfin med lang virkningstid og levo-alfa-acetyl-metadol (LAAM). Etter anbefaling fra Det europeiske kontor for legemiddelvurdering (EMA) er LAAM imidlertid nå suspendert på grunn av tilfeller av livstruende hjerteforstyrrelser hos personer som behandles med LAAM. Siden 1997 har man i et forsøksprosjekt i Nederland også brukt heroin til å stabilisere kroniske

opiatbrukere, noe som også er gjort i Tyskland i den senere tid, og tilsvarende tiltak drøftes nå i andre medlemsstater. I UK er heroin blitt foreskrevet i liten skala og på selektivt grunnlag i noen tiår.

Fakta, tall og analyser må selvfølgelig være tilgjengelig om man skal ha en rasjonell debatt om dette emnet. Inntil nylig var oppdaterte opplysninger på

EU-plan om evalueringen av og kvaliteten på substitusjonsbehandling mangelfull. I slutten av år 2000 kom imidlertid EONN ut med et nummer i *Insights*-serien med tittelen *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union* [1], som gir en omfattende oversikt over seneste praksis på området.

Definisjon: Substitusjonsbehandling er en form for medisinsk behandling som tilbys opiatavhengige personer (primært heroinmisbrukere), og er basert på inntak av et medikament som ligner eller er identisk med det stoffet vedkommende vanligvis bruker. Det gis to typer behandling: *vedlikeholdsbehandling* – der misbrukeren får tilstrekkelige mengder av stoffet for å redusere farlig eller skadelig atferd; og *avgiftning* – der mengden narkotika gradvis reduseres til null. Behandlingen gis enten med eller uten psykososial støtte.

Et blikk på politiske nøkkeltemaer

1. Substitusjonsbehandling er i et bredt anlagt program for narkotikabehandling et nøkkelelement som kan bidra effektivt til å redusere risikoen for HIV-smitte, overdose, bruken av både legale og illegale stoffer og narkotikarelatert kriminalitet.
2. Mye tyder på at substitusjonsbehandling bør følges opp med psykososial støtte. Men i praksis får de færreste dette, slik at vekten i større grad legges på substitusjon enn på behandling.
3. Både metadon, buprenorfin, dihydrokodein, morfin med lang virkningstid og heroin brukes i substitusjonsbehandling. Vanligvis vil ett stoff dominere behandlingen i det enkelte EU-land, og metadon er nok vanligst. Valg av medikament og dosering må tilpasses den enkeltes behov for å få optimal effekt.
4. Tilgangen til substitusjonsbehandling er sterkt varierende innenfor EU. Enkelte land og programmer begrenser inntaket etter strenge kriterier (høy terskel), mens andre bare bruker opiatavhengighet som inntakskriterium (lav terskel).
5. I de fleste landene i EU foreskrives substitusjonsbehandling enten av allmennleger eller av spesialiserte sentre. Det optimale ville være en kombinasjon av de to. Men man må være forsiktig slik at ikke medikamentene avledes til illegal bruk av misbrukere som får resepter fra ulike kilder og derpå selger medikamentene.
6. Det er anslått at andelen problembrukere av opiater i substitusjonsbehandling i EU varierer fra ca. 10 % til over halvparten (se Tabell 1, s. 3) [2].

Substitusjonsbehandling – en oversikt

1. Et nøkkelement i narkotikabehandlingen

Det finnes tilstrekkelig underlag for å vise at substitusjonsbehandling kan bidra til å redusere HIV-smitte, bruk av narkotika, overdoserisiko og narkotika-relatert kriminalitet samtidig som de avhengiges generelle helsetilstand forbedres. En omfattende gjennomgang av dokumentasjonen [3] konkluderte at metadonbehandling gir en drastisk nedgang i overføringen av HIV-smitte og AIDS. Metadonbehandling reduserer også injeksjonshyppighet, omfanget av deling av sprøyteutstyr og sexarbeid for å kunne kjøpe stoff. En fireårig tysk studie [4] av et poliklinisk behandlingsopplegg med metadon viste at narkotikaforbruket gikk ned samtidig som sosiale ferdigheter og relasjoner ble styrket. En gresk evaluering av metadon som substitusjonsmiddel i Athen [5] viste en kraftig reduksjon i samtidig bruk av heroin.

'Mange land har innført substitusjonsbehandling – etter først å ha møtt motstand – som et tiltak mot risikoen for HIV-smitte i forbindelse med injeksjon av opiater og andre narkotiske stoffer. Substitusjonsbehandling har vist seg å være svært virkningsfullt. Sammen med andre skadereuserende tiltak og økt bevissthet generelt har det bidratt til en begrensning av antallet nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere i de fleste EU-land i slutten av 1990-årene.'

GEORGES ESTIEVENART,
ADMINISTRERENDE DIREKTØR FOR EONN

2. Substitusjon snarere enn behandling?

I henhold til regelverket i de fleste EU-landene skal substitusjonsbehandling følges opp med psykososial omsorg. Forskning viser at de positive effektene av en behandling i høyeste grad er avhengig av slik omsorg. Men det er ofte langt mellom teori og praksis, og det fokuseres oftere på substitusjon enn på behandling. Nødvendigheten av psykososial støtte underbygges av forskning som viser at personer som får metadonbehandling er i like stor grad som andre narkotika-avhengige spesielt utsatt for psykiatriske forstyrrelser og andre helseproblemer i tillegg til sosial eksklusjon [6]. Psykososial behandling bør granskes som en mulig katalysator i narkotikabrukeres vandring fra avhengighet til rusfrihet.

Omsorg for narkotikamisbrukere med psykiske helseproblemer forutsetter en forbindelse mellom psykiatrien og det apparatet som behandler narkotika-problemet. Enkelte land har etablert gode forbindelser med spesialiserte avdelinger for dobbeltdiagnoser. I andre land er forbindelsene mellom de ulike delene av behandlingsapparatet svake.

'Målet med narkotikabehandling er å hjelpe mennesker til igjen å få kontroll over sitt liv. Legene må til stadighet foreta en vurdering av om pasienter som får resept på et substitusjonsmiddel er forberedt på å bli rusfrie ved å gå gjennom en avgiftningsprosess. Psykososial og praktisk hjelp i denne prosessen er særdeles viktig.'

MIKE TRACE, LEDER FOR EONNS STYRE

3. Hvilke substitusjonsmidler brukes?

Selv om det finnes en lang rekke forskjellige substitusjonsmidler, har nesten alle land i EU ett substitusjonsmiddel som de foretrekker framfor et annet [7]. I mer enn 90 % av tilfellene brukes metadon som substitusjonsmiddel for opiater, bortsett fra i Frankrike, hvor buprenorfin dominerer. For EU, sett under ett, ble antallet narkotikamisbrukere som fikk metadonbehandling seksdoblet i perioden 1993-1997 [1].

De ulike substitusjonsmidlene har forskjellige egenskaper. Buprenorfin innebærer ingen risiko for overdose og fjerner effektene av samtidig heroinbruk. På den annen side er metadon lett og billig å bruke – ca. EUR 8 pr. person pr. uke, mot EUR 65 for buprenorfin. En del eksperter foretrekker buprenorfin til yngre narkotikamisbrukere og metadon til eldre misbrukere ved langtidsbehandling. Buprenorfin synes også å være bedre egnet for gravide og forårsaker færre neonatale problemer enn metadon. Forsøk med heroinbehandling foregår nå i Tyskland og Nederland og drøftes i en del andre medlemsstater i EU. Forsøkene går ut på å gi spesielt tunge heroinmisbrukere deres vanlige rusmiddel under medisinsk kontrollerte forhold. Det er viktig at substitusjonsdosen er avpasset etter den enkeltes tidligere stoffbruksnivå.

4. Hvordan er tilgangen til substitusjonsbehandling?

Til tross for at substitusjonsbehandling er blitt langt vanligere i løpet av det siste tiåret, er tilbudet svært varierende innenfor EU. For eksempel synes deknningen å være begrenset i Hellas, Norge, Finland og Sverige.

Substitusjonsbehandling foregår nesten utelukkende poliklinisk. Fordelen med dette er at den er billig, og at narkotikamisbrukerne kan leve normalt. Blant dem som mottar substitusjonsbehandling, finner vi imidlertid alt fra relativt velfungerende, ofte yrkesaktive personer, til marginaliserte og svært svakstilte misbrukere som bor på gaten. Derfor kan en del av klientene kreve mer omfattende behandling enn hva som er mulig innenfor et poliklinisk opplegg.

I EU varierer inntakskriteriene mye fra et land til et annet. Enkelte programmer og enkelte medlemsstater – f.eks. Hellas og Sverige – anvender et høyterskelprinsipp hvor inntak tar hensyn til alder, antall år som misbruker, antall behandlinger som ikke har lyktes osv. Andre, som Danmark, Spania, Italia og Nederland, har bare opiatavhengighet og et ønske om behandling som kriterier.

Høyterskelprinsippet rekker ut til lignende mennesker med lignende behov, men risikerer å utelukke misbrukere som trenger hjelp, men ikke oppfyller kriteriene. Lavterskelmetoden når flest potensielle klienter, men kan ikke alltid dekke deres mange forskjellige behov. Høyterskel- og lavterskeltilbudet utfyller hverandre – ideelt burde man derfor ha begge.

Mulighetene for substitusjonsbehandling i fengslene varierer svært meget.

5. Hvordan foregår substitusjonsbehandling?

Generelt gis substitusjonsbehandlingen enten av allmennlege eller i spesialiserte sentre som har tjenester tilpasset de avhengiges behov. Begge har sine fordeler: Allmennleger har god geografisk dekning, mens de spesialiserte sentrene sitter med betydelig erfaring og ekspertise. Imidlertid har nesten alle medlemsstatene i EU valgt å kanalisere behandlingen hovedsakelig gjennom den ene eller den andre typen. En kombinasjon av begge – dersom man på samme tid fikk på plass et system som forhindrer at medikamenter avledes til

Tabelle 1: Substitusjonsbehandling blant problembrukere

Land	Estimert utbredelse av problematisk bruk av narkotika ⁽¹⁾	Estimert antall klienter i substitusjonsbehandling	Dekningsgrad for substitusjonsbehandling (%) ⁽²⁾
Belgia	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danmark	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadon, 100 buprenorfin) (1. januar 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Tyskland	80 000–152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Hellas	m.d.	966 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	–
Spania	83 972–177 756	72 236 får metadon (1999)	41–86
Frankrike	142 000–176 000	71 260 (62 900 får buprenorfin og 8 360 metadon (desember 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irland	4 694–14 804	5 032 (31. desember 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italia	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxembourg	1 900–2 220	864 (164 i det offisielle programmet og +/-700 får Mephenon® [metadon i pilleform] av allmennleger; 2000) ⁽⁴⁾	38–45
Nederland	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Østerrike	15 984–18 731	4 232 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1. januar 2000)	7–33
Finland	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfin og 70 metadon)	9–13
Sverige	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31. mai 2000) ⁽⁴⁾	19–37
UK	88 900–341 423 ⁽⁷⁾	19 630	6–22
Norge	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12

N.B: m.d. = mangler data.

(1) Metodene som brukes for å lage estimater over problematisk bruk av narkotika er svært varierende mellom EUs medlemsstater. Utbredelse og problematisk bruk av narkotika i de enkelte land er nærmere beskrevet i kapittel 1 (EONN 2001 *Årsrapport*) og onlinetabell 1 OL på: <http://annualreport.emcdda.org>. Anslagene over problematisk bruk av narkotika viser hovedsakelig til opiatbrukere, bortsett fra i Finland og Sverige, hvor amfetaminbruken er betydelig. Amfetaminbrukere er ikke tatt med i ovenstående anslag for Finland og Sverige.

(2) Anslag over andelen av problembrukere av narkotika i substitusjonsbehandling.

(3) Tallene for utbredelse gjelder bare sprøytebrukere av narkotika, noe som kan medføre at dekningsgraden for substitusjonsbehandling kan være overvurdert.

(4) Informasjon hentet direkte fra nasjonalt knutepunkt.

(5) En dekningsgrad på 100 % for substitusjonsbehandling virker usannsynlig og tyder på at utbredelsesanslaget på 4 694 kan være en undervurdering av faktisk utbredelse.

(6) Bare opiatbrukere.

(7) Nøyaktigere data for UK: utbredelse av problematisk bruk av narkotika (opiat) = 162 000–244 000, klienter i substitusjonsbehandling = 35 000, dekningsgrad = 14–22 %.

illegale formål – kunne være mer effektivt. Hver har også sine ulemper. Allmennleger har et svært varierende tilbud, og misbrukere kan føle seg lite vel blant vanlige pasienter. Spesialiserte sentre er geografisk ujevnt fordelt, noe som kan være til ulempe for narkotikamisbrukere i utkantstrøk.

‘Det kan være spesielt vanskelig å opprette nye behandlingssentre. Man frykter at de vil trekke uønskede elementer til lokalmiljøet, og de forbindes med løsgjengeri, drikking, stoffmisbruk og innbrudd. De fleste land rapporterer om motstand i lokalmiljøet mot behandlingsprogrammer. Imidlertid viser det seg at motstanden vanligvis er størst før programmene og sentrene er etablert, og når de først er i drift, synes nabolaget å akseptere dem’ [1].

6. Narkotikamisbrukere i substitusjonsbehandling

Tabell 1 viser anslag over antallet misbrukere av narkotika (hovedsakelig opiat) i EU og prosentvise anslag over personer som får substitusjonsbehandling. Dette siste tallet varierer merkbart mellom medlemsstatene. I enkelte land ligger det helt nede på rundt 10 %, mens det i andre er oppe i over halvdel. Det er viktig å huske at anslagene over problematisk narkotikabruk fortsatt mangler nøyaktighet og ikke umiddelbart kan sammenlignes. Lav dekning innebærer at et stort antall narkotikamisbrukere har økt risiko for overdose, helseskade, HIV og andre smittsomme sykdommer foruten sosial eksklusjon.

Det er imidlertid viktig å ha klart for seg at substitusjonsbehandling bare kan brukes mot problematisk bruk av opiat. Det finnes ingen tilsvarende løsning når det gjelder amfetamin- eller kokainproblemer. I de nordlige EU-statene forårsaker amfetaminer større problemer enn heroin, og i EU generelt er kokainbruken slett ikke ubetydelig.

Til tross for at substitusjonsbehandling i de senere år er blitt vanligere, rapporterer de fleste medlemsstatene om mangel på kvalitetskontroll, overvåking og vurdering av de enkelte programmene.

Konklusjoner

Substitusjonsbehandling – politiske betraktninger

Dette policy-sammendraget er en oppsummering av tilgjengelige nøkkelopplysninger og betraktninger hva angår situasjonen for substitusjonsbehandling i EU i dag. De som ønsker å vite mer, vil også finne opplysninger om primærkilder. Basert på det vi nå vet, kan følgende konklusjoner være grunnlaget for framtidige politiske betraktninger:

1. Substitusjonsbehandling bør anses som et ledd i et mer omfattende system for behandling av opiatmisbruk. Substitusjonsbehandling bør være et nøkkelelement i den HIV-forebyggende strategien i land som har et høyt potensiale for smitte gjennom sprøytebruk.
2. Den bør systematisk følges opp med psykososial behandling.
3. Det bør tilbys et bredere og mer diversifisert spekter av medikamenter og doseringer som tilpasses den enkeltes profil ved inntak til behandling.
4. Det bør gis et større tilbud om og lettere tilgang til substitusjonsbehandling, med både lavterskel- og høyterskelalternativer som ledd i en balansert tilnærming.
5. Både allmennleger og spesialiserte tjenester bør involveres i utbudet.
6. Andelen av narkotikamisbrukere som omfattes av substitusjonsbehandling bør undersøkes jevnlig innenfor det enkelte geografiske område for å overvåke utbudet av tjenester.

Nøkkelkilder

[1] Europeisk Overvåkingscenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (EONN) (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA Insights-serien nr. 3, Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, Luxembourg 2000. (Inneholder en omfattende bibliografi over substitusjonsbehandling).

[2] Europeisk Overvåkingscenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (EONN) (2001), *2001 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union*, Tabell 1: Substitusjonsbehandling blant problembrukere, Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, Luxembourg 2001, s. 28.

[3] E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, og P. Alcabas (1998), 'Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV'. *AIDS*, 12 (suppl. A), ss. 217–230.

[4] Küfner, H., Vogt, M. og Weiler, D. (1999), *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

[5] EDDRA database entry (2001), *Second unit of the methadone substitution programme in Athens*, (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>), EONN, Lisboa.

[6] M. Farrell, S. Howes, C. Taylor, G. Lewis, R. Jenkins, P. Bebbington, M. Jarvis, T. Brugha, B. Gill, og H. Meltzer (1998), 'Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey'. *Addictive Behaviors*, 23, No. 6, Elsevier Science Ltd, Oxford, ss. 909–918.

[7] Europeisk Overvåkingscenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (EONN) (2000), *2000 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union*, Tabell 1: Substitusjonsmidler brukt i EU, Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, Luxembourg 2000, s. 29.

Informasjon på nettet

EONN (narkotikabehandling):
http://www.emcdda.org/responses/themes/drug_treatment.shtml

EONN (legal database):
<http://eldd.emcdda.org>

Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level
http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm#

Euro-Methwork:
<http://www.q4q.nl/methwork>

National Treatment Outcome Research Study:
<http://www.ntors.org.uk>

Fokus på narkotika er en serie policy-sammendrag som utgis av Det Europeisk Overvåkingscenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (EONN), Lisboa. Dokumentene utkommer seks ganger i året på Den europeiske unions 11 offisielle språk samt norsk. Originalspråk: engelsk. De kan også lastes ned fra EONNS nettsted på (<http://www.emcdda.org>). Gjengivelse tillatt med kildeangivelse. For gratis abonnement vennligst bruk e-post (info@emcdda.org). Du kan også registrere deg på EONNS hjemmeside om du ønsker oppdateringer om nye produkter.



OFFISIELL UTGIVER: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

© Europeisk Overvåkingscenter for Narkotika og Narkotikamisbruk, 2002.

ADMINISTRERENDE DIREKTØR: Georges Estievenart.

REDAKTØRER: Kathy Robertson, John Wright.

FORFATTERE: Margareta Nilson, Ulrik Solberg, Danilo Ballotta, Lucas Wiessing.

GRAFISK UTFORMING: Dutton Merrifield, UK.

Trykt i Printed in Italy