
For noen er rus medisin

DEBATT

DAGFINN HESSEN PAUST

Dagfinn Hessen Paust er jurist og nestleder og fagansvarlig i Foreningen Tryggere Ruspolitikk.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er fagansvarlig i Foreningen Tryggere Ruspolitikk.

ANDREAS WAHL BLOMKVIST

andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist er lege i spesialisering i allmennmedisin og leder av Foreningen Tryggere Ruspolitikk's rådgivende fagkomité.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han er leder av Foreningen Tryggere Ruspolitikk's rådgivende fagkomité.

SVERRE EIKA

Sverre Eika er lege og medlem av Foreningen Tryggere Ruspolitikk's rådgivende fagkomité.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han er medlem av Foreningen Tryggere Ruspolitikk's rådgivende fagkomité.

Vanlige forsiktighetshensyn ved rusgivende medikamenter er lite relevante i substitusjonsbehandling.

Det anbefales forsiktighet ved forskrivning av rusgivende medikamenter til personer med rusproblemer (1). I substitusjonsbehandlinger som legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er rusavhengighet imidlertid selve indikasjonen for rusgivende medikamenter, da medisinerer kan redusere skadeligere rusmiddelbruk.

Flere studier har vist at økt tilgang til legale rusgivende medikamenter er forbundet med lavere overdosedødelighet blant rusavhengige (2, 3). I USA, hvor liberal forskrivning av opioider har medført en bølge av iatrogen opioidavhengighet, skjøt overdoseepidemien fart da myndighetene strammet inn forskrivningen. En studie anslår at USAs reseptovervåkningssystem, som skal begrense forskrivningen, vil forårsake over 15 000 overdosedødsfall på fem år, tross redusert legal medikamentbruk (4). Dette fordi de rusavhengige drives til skadeligere bruk av illegale stoffer (4, 5).

«Norske rusmedisinere bør ikke sammenblende forebygging med behandling av rusavhengighet»

Disse nyansene overses når Jørg Mørland og Helge Waal advarer mot Sverre Eikas filosofi om mer fleksibelt medikamentvalg i legemiddelassistert rehabilitering («hele Felleskatalogen») og henviser til USAs overdoseepidemi (6). Legemiddelassistert rehabilitering er ikke for rusnaive, men allerede rusavhengige. Mørland og Waal antyder en årsakssammenheng mellom kravet om valgfrihet og dødsfall av visse opioider her hjemme (6), men ingenting tilsier at de dødbringende stoffene er utdelt i substitusjonsbehandling eller som følge av politiske ytringer. At det totale dødstallet har falt mens heroin er blitt fortrent av andre stoffer, vektlegges ikke – ei heller at overdoserisikoen er lav ved substitusjonsbehandling, selv blant de nesten 30 % i legemiddelassistert rehabilitering som får benzodiazepiner (7).

Kunnskap om at restriktiv LAR-medisinering gir overdosefarlig tilleggsbruk har lenge begrunnet stabilisering og høydosering med opioider og langsom nedtrapping av benzodiazepiner. Etter vårt syn bør også stabilisering med benzodiazepiner utforskes. I én av få relevante studier hadde benzodiazepinavhengige stabilisert med klonazepam langt mindre tilleggsbruk etter ett år enn de som ble trappet ned (8). Når benzodiazepinbruk blant norske LAR-pasienter har ligget stabilt over tid, mens andelen som får dem legalt nesten er doblet, er det lite som tyder på at vi kan hindre etterspørselen i å bli møtt (7). Legal forskrivning gir kontroll med bruken, reduserer kontakt med rusmiljøet og øker behandlingsretensjon.

Enkelte mener at substitusjonsmedikamenter må virke lenge nok til at pasientene ikke trenger ta med seg doser hjem (6). Riktignok er langtidsvirkende medisiner ideelle så sant de virker, og vi er lyttende til positive erfaringer med både depot-buprenorfin og stabilisering på lisdeksamfetamin. De fleste i legemiddelassistert rehabilitering henter imidlertid ut medisiner for dager og uker av gangen – inkludert mange som inntar morfinsulfat to–tre ganger daglig. I Sveits henter pasienter ut hurtigvirkende herointabletter, og i Østerrike og Italia får alkoholavhengige natriumoksybat (GHB) til inntak opptil seks ganger daglig (9). I tillegg ses god effekt med injisering av heroin i klinikk (10), som Norge nå utreder. Fleksibel medisinerer fremheves som nøkkelen til Østerrikes høye behandlingsretensjon (11). Der får 60 % morfin, mens nesten ingen bruker buprenorfin med nalokson. I Norge gis morfin unntaksvis, og

buprenorfin med nalokson er førstevalget. Med kun 150 narkotikautløste dødsfall årlig tross 30 000 opioidavhengige har Østerrike en vesentlig bedre overdosestatistikk enn Norge.

Få vil mene at rusgivende medikamenter skal forskrives «liberalt», og ved angst- og smerteproblematikk kan streng forskrivning forsvares. Norske rusmedisinere bør imidlertid ikke sammenblande forebygging med behandling av rusavhengighet. I stedet bør de se til land som har oppnådd gode resultater med mer fleksibel substitusjonsbehandling.

LITTERATUR

1. Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler. Helsedirektoratet. 12.12.2015. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler> Lest 16.5.2019.
2. Kourounis G, Richards BD, Kyprianou E et al. Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug Alcohol Depend* 2016; 161: 1–8. [PubMed][CrossRef]
3. Nolan S, Hayashi K, Milloy MJ et al. The impact of low-threshold methadone maintenance treatment on mortality in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156: 57–61. [PubMed][CrossRef]
4. Pitt AL, Humphreys K, Brandeau ML. Modeling Health Benefits and Harms of Public Policy Responses to the US Opioid Epidemic. *Am J Public Health* 2018; 108: 1394–400. [PubMed][CrossRef]
5. Branham DK. Time-Series Analysis of the Impact of Prescription Drug Monitoring Programs on Heroin Treatment Admissions. *Subst Use Misuse* 2018; 53: 694–701. [PubMed][CrossRef]
6. Mørland J, Waal H. «Hele Felleskatalogen» i behandling av rusmiddellidelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0678. [CrossRef]
7. Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. Statusrapport 2017. LAR 20 år: Status, vurderinger og perspektiver. Seraf rapport 3/2018. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf> Lest 16.5.2019.
8. Weizman T, Gelkopf M, Melamed Y et al. Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 458–63. [PubMed][CrossRef]
9. Caputo F, Vignoli T, Tarli C et al. A Brief Up-Date of the Use of Sodium Oxybate for the Treatment of Alcohol Use Disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13: 290. [PubMed][CrossRef]
10. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as

treatment for refractory heroin addiction. Br J Psychiatry 2015; 207: 5–14.
[PubMed][CrossRef]

11. Fagrådet. Ruspolitisk Arena 2019: Flere legemidler i LAR? – Snakk med pasientene! <https://www.rusfeltet.no/ruspolitisk-arena-2019-flere-legemidler-i-lar-snakk-med-pasientene/> Lest 8.4.2019.

Publisert: 24. juni 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0300

Mottatt 10.4.2019, første revisjon innsendt 12.5.2019, godkjent 16.5.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. februar 2026.