

# LAR: Høy eller lav terskel?

Kunnskapsnotat av Foreningen Tryggere Ruspolitikk

## Innledning

I Norge har narkotikautløste dødsfall ligget stabilt siden 2003 på omtrent 260 per år<sup>1</sup>. I 2018 var tallet 286, og flesteparten av disse (82 prosent) var knyttet til bruk av opioider. Heroin har dominert som stoff, men i løpet av de siste ti årene er andelen heroinutløste dødsfall blitt redusert så mye at det nå er flere som dør av andre opioider som morfin, oksykodon og kodein. I 2017 ble heroin også forbigått av metadon (se [figur](#)).

I Norge tilbys metadon som substitusjonsmedikament i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Siden mange overdosedødsfall kan knyttes til metadon, har enkelte foreslått å gjøre LAR-tilbudet mer restriktivt. Foreliggende kunnskap tyder imidlertid på at dette ville være kontraproduktivt, og at vi heller ville tjene på å gjøre dagens LAR *mindre* restriktivt.

## Bør vi stramme inn LAR?

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) har påpekt at det først og fremst ses nedgang i dødsfall knyttet til heroin, ikke økning i dødsfall knyttet til metadon. Dette mener de skyldes «langvarig satsing på LAR, inklusive lavterskel-LAR»<sup>2</sup>. Om metadon skriver de: «Metadondødsfallene har de siste årene variert mellom 28 og 60. Antallet siste år (2017) var 58, altså ingen sikker økning».

Det er ukjent hvor mange av metadondødsfallene som skyldes lekkasje fra LAR og hvor mange som skyldes ulovlig innførsel fra utlandet. SERAF advarer mot å stramme inn tilgjengeligheten i LAR ved å vise til tall fra da LAR var mer restriktivt:

«De første årene etter 1998 hadde LAR en svært streng praksis med daglig medisinheiting. (...) Mange ble utskrevet på grunn av rusmiddelbruk. Flere utskrevne pasienter døde, og mange holdt seg borte fra behandlingen. Evalueringer, samarbeid med brukerorganisasjoner og kunnskapsbasert fagutvikling har ført til en mindre streng praksis. I dag skrives nesten ikke pasienter ut på grunn av rusadferd, og kontrolltiltakene er mer elastiske. (...) Om pasientene presses til å avslutte LAR-behandlingen, har tilbakefallene

---

1

2

over alt dominert utviklingen og medført dødsfall og sosial elendighet. Forskningsstatus er derfor at LAR skal være uten tidsbegrensning.»

Overdosedødsfall blant norske rusavhengige ses i all hovedsak hos opioidavhengige som står utenfor LAR. Et restriktivt LAR gjør det vanskeligere både å komme inn og å bli værende i behandling. Dette øker risikoen for overdose og død.

### Internasjonal erfaring og terskel for substitusjonsbehandling

Ifølge WHO og FN reduseres dødeligheten tre til fire ganger med substitusjonsbehandling. Det ses også betydelig nedgang i ulovlig rusmiddelbruk, kriminell aktivitet og sykdomssmitte<sup>3</sup>. Dette taler for varsomhet med innstramminger som kan føre til at fler faller utenfor behandling.

Tall fra Sverige gir et interessant sammenlikningsgrunnlag. Det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) har bemerket at LAR-behandlingen er restriktiv i Sverige, og at enkelte behandlingssentre har «nulltoleranse» for annen rusmiddelbruk<sup>4</sup>. Dette er noe av grunnen til at det svenske LAR-tilbudet ligger langt etter det norske. Til tross for omtrent like mange opioidavhengige, var det i 2015 bare halvparten så mange LAR-pasienter i Sverige (3679) som i Norge (7498)<sup>5</sup>. Samtidig har antallet narkotikautløste dødsfall tredoblet seg i Sverige fra omtrent 200 til 600 siden 2008, mens det i Norge har ligget stabilt omkring 265 per år.

Et annet eksempel er Sveits, som hadde ca. 400 overdosedødsfall per år på begynnelsen av 90-tallet. Etter innføringen av lavterskel-LAR og heroinassistert behandling (HAB), var dødsfallene halvert ved årtusenskiftet<sup>6</sup>.

Et siste eksempel er Portugal, som hadde ca. 370 registrerte overdosedødsfall per år i 1999. Etter avkriminalisering og en helhetlig behandlingsreform med særlig fokus på lavterskelutdeling av metadon, har tallet falt til 40 per år<sup>7</sup>.

### Hvordan kan LAR-systemet forbedres?

I 2017 var det 7622 LAR-pasienter i Norge. I rapporten Rusmidler i Norge 2016 anslår Folkehelseinstituttet antallet personer med problematisk opioidbruk i Norge til 7700 eller 9000. Flesteparten er utenfor LAR, noen er «svingdørpatienter».

---

3

4

5

6

7

En av konklusjonene i statusrapporten «LAR 20 år» er at LAR ikke når frem til alle som trenger behandling. I rapporten heter det at dette gir «grunn til å vurdere om inntaksrutinene kan gjøres mer elastiske, men evaluering bør være en forutsetning».

I en annen relevant rapport fra SERAF foreslås det:

«å fjerne krav om rusfrihet og urinprøver før oppstart, at tilbudet er sentralt beliggende og lett tilgjengelig, at pasienter bør kunne oppsøke behandling uten henvisning. Dette forutsetter egne sentre eller andre spesielle ordninger. Dersom man tar i bruk det eksisterende utvalget av legemidler i LAR også i slike lavterskelsettinger, vil de nå frem til flere.»<sup>8</sup>

Erfaring viser at lavterskel-LAR kan nå ut til flere pasienter, og at flesteparten av disse etter hvert kan stabiliseres i vanlig LAR. En vitenskapelig oversiktsartikkel som gjennomgikk 87 publiserte forskningsartikler, fant økende tendens til lavterskelutforming av subsitusjonstilbud, og at dette var mer effektivt enn høyterskelbehandling. Høy tilgjengelighet, pasientrettet valg av legemiddel og dose, fleksibel behandlingsvarighet og et fokus på skadereduksjon og behandlingsretensjon kjennetegnet de mest effektive behandlingstypene<sup>9</sup>.

Ifølge WHO og FNs retningslinjer bør substitusjonsbehandling være bredt tilgjengelig og som minimum inkludere metadon eller buprenorfin. Flere kliniske studier viser også at behandlingen i større grad kan foretas i primærhelsetjenesten<sup>10</sup>. En spørreundersøkelse av norske fastleger viser at 36 prosent ikke selv kunne tenke seg å forskrive metadon eller buprenorfin, mens 49 prosent var positive til å delta i slik behandling og de resterende 15 prosent var usikre<sup>11</sup>.

## Konklusjon

Forskning og klinisk erfaring tilsier at terskelen i LAR i hvert fall ikke bør heves. Flere kliniske studier peker også i retning av at den kan senkes fra dagens nivå.

---

8

9

10

11