



Hvad har vi opnået med lægeordineret heroin?

Hvordan ser behandlingen med lægeordineret heroin ud set fra en læges synspunkt? Vel at mærke en læge, der har været med på området, lige siden de første skridt blev taget i 2007.

AF CHRISTIAN HVIDT

Efter godt 3 år, hvor behandling med lægeordineret heroin har været mulig, er det på sin plads at gøre status. Andetsteds i STOF redegør antropolog Kathrine S. Johansen for, hvad behandlingen har betydet set fra personalets side og ikke mindst fra brugernes side. Balancegangen mellem de nødvendige kontrolforanstaltninger og muligheden for individuelle behandlingssyn omtales.

Jeg vil i nedenstående forsøge at gøre status set fra sidelinjen.

Historik

Forventningerne var store både hos politikere, brugere og personale, da det i 2008 blev muligt at tilbyde behandling med lægeor-

dineret heroin til 'de hårdest belastede narkomaner'. Forud for vedtagelsen af lovgrundlaget for behandling med lægeordineret heroin havde der været en årelang politisk og faglig debat.

Behandlingen med lægeordineret heroin skulle ses som et element af den efterhånden bredt accepterede skadesreducerende behandlingsstrategi (en af de såkaldte 4 grundpiller i narkotikapolitikken: forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol)(1).

Efter en høring i Teknologirådet i 2007 (2) blev en ekspertgruppe nedsat. Den havde til opgave at granske den eksisterende viden, evidensgrundlaget, for behandling med lægeordineret heroin. Det store nye var, om en nærmere defineret gruppe af stofbrugere

skulle tilbydes behandling med deres primære rusmiddel, heroin, frem for abstinensforebyggende behandling med et farmaceutisk substitutionspræparat, typisk buprenorfin eller metadon?

Ekspertgruppen skulle, foruden at foretage den faglige vurdering af selve heroinbehandlingen, besvare flere spørgsmål vedrørende målgruppen: Hvilke rammer ville være nødvendige for behandlingen? Hvilke indtagelsesformer drejede det sig om? Hvad ville man kunne forvente ved at indføre behandlingen i Danmark? - for at nævne et par af de mest væsentlige spørgsmål (1).

Anbefalingerne fra ekspertgruppen baserede sig primært på de erfaringer, man havde fået i Schweiz (3), hvor behandling

med injicerbar heroin havde været mulig i 15 år, på resultater fra heroinforsøg i Holland, Tyskland og Canada (4,5,6) samt foreløbige resultater fra et igangværende engelsk forsøg (7).

Ekspertgruppen konkluderede, at der var tilstrækkeligt evidensgrundlag for at indføre lægeordineret heroin som 2.valgsbehandling. Det vil sige, at behandlingen skulle tilbydes de hårdest belastede stofmisbrugere som, på trods af metadonbehandling, fortsat havde et væsentligt forbrug af dyr, illegal heroin, typisk finansieret ved berigelseskriminalitet og/eller prostitution (1).

Som en konsekvens af ekspertgruppens anbefalinger udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2007 'Vejledning om behandling med injicerbar Heroin' (8). Vejledningen lagde sig tæt op af projektmanualen fra det engelske 'RIOT'-forsøg ('Randomized Injectable Opioid Trial') (7). Vejledningen havde fokus på målgruppe for behandlingen samt patientsikkerhed og præciserede de nødvendige kontrolforanstaltninger som en integreret del af behandlingen. Det blev pointeret, at den medicinske behandling med lægeordineret heroin skal ledsages af psykosocial behandling. Omfang og indhold af den nødvendige psykosociale behandling blev ikke nærmere præciseret.

De øgede udgifter til håndteringen af heroinbehandlingen sammenholdt med konventionel metadonbehandling skulle afholdes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennem en særlig puljeordning, hvor bevillingerne baserede

sig på forventeligt brugerantal.

Det samlede behandlingstilbud skulle således bestå af en strikt medicinsk, farmakologisk behandling finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og en ledsagende psykosocial behandlingsindsats finansieret af borgerens bopælskommune. Da ikke alle landets 98 kommuner havde tilstrækkeligt patientgrundlag, nødvendigt personale eller interesse for behandlingen, blev tilbuddet kun tilgængeligt i 5 kommuner: København, Århus, Odense, Esbjerg og Hvidovre. Tilbuddene skulle servicere de brugere, som opfyldte kriterierne for behandling og var i stand til at møde frem, uanset bopælskommune. Der var således ikke tale om en isoleret medicinsk behandling, men et behandlingstilbud med et indbygget krav om en sideløbende indsats mht. at bedre brugernes samlede psykosociale situation (økonomi, bolig, uddannelse, forsørgelse etc.).

Organisering

Klinikmodellen, kravet om fremmøde og overvåget indtagelse af medicinen har været en udfordring at håndtere. Grundlæggende skal behandlingen af en persons stofmisbrug tilrettelægges således, at personen har mulighed for at leve en så normal tilværelse som muligt.

Behandlingen med injicerbar heroin skal, pga. heroinens virkningsvarighed, foregå på fastlagte tidspunkter med 6 timers interval mellem injektionerne. Med de åbningstider, det har været muligt at gennemføre, kan en bruger indtage heroin op til 2 gange i døgnet.

Resten af døgnet forebygges abstinensstilstand med metadonbehandling. Man kan således ikke, i modsætning til konventionel metadonbehandling, møde på det tidspunkt af dagen, som er mest belejligt, men er henvist til faste behandlingstidspunkter. Kommer man uden for disse tidsrum, behandles man med metadon.

Hvad har vi opnået?

Det er lykkedes at gøre tilbuddet attraktivt for dem, der er indskrevet. Det er - den stramme struktur og kontrolniveauet taget i betragtning - måske lidt overraskende. Kun ganske få har forladt tilbuddet grundet manglende effekt af selve den medikamentelle behandling. Personalet har magtet at imødekomme målgruppens behov for ruspåvirkning. De få gange, der har været problemer med for kraftig virkning af heroinen med påvirket bevidsthedsniveau og svækket respiration til følge, har personalet håndteret det professionelt og kun intervereret i det omfang, det har været påkrævet. Selv om heroinbehandling potentielt er farlig, har alle akutte situationer kunnet håndteres. Det har kun sjældent været nødvendigt at indlægge brugere eller gøre brug af modgift (i.e. antidot). Brugere har fået lov til at få ruspåvirkning under opsyn. Til at vurdere, om situationen er kritisk, er systematisk, skemalagt vurdering af påvirkningsgrad indført på alle klinikker. Det har i nogle tilfælde været nødvendigt at supplere disse observationer med ilt-saturationsmålinger (måling af iltindhold i blodet).

Da den lægeordinerede heroin

altid har samme styrke, har det på individniveau været muligt at justere dosen, så den ønskede virkning opnås. Brugerne har måske mistet lidt af 'spændingen' ved at indtage gadeheroin med varierende styrke, men har til gengæld fået sikkerhed for at kunne få en nøje doseret rus i trygge rammer på klinikkerne.

Mange af de brugere, der søger behandling, har svært beskadigede kar, som vanskeliggør injektioner. Nogle klinikker accepterer ikke injektion i lyskere regionen pga. risiko for alvorlig karskade. Andre klinikker tillader lyskeinjektioner, men motiverer løbende brugerne til at finde andre egnede kar eller til at indtage heroinen intramuskulært. På klinikken i København indtager ca. 40 % således heroinen intramuskulært. Med tilstrækkelig hygiejne og instruktion fra personalet kan den intramuskulære behandling gennemføres uden komplikationer. For nogle af dem, der anvender intramuskulære injektioner, har det været nødvendigt at øge dosis af heroin for at opnå tilstrækkelig ruspåvirkning.

Man kan helt overordnet sige, at det er lykkedes at erstatte de injektioner, som brugerne tidligere foretog uden for behandlingsregi, med overvågede, individuelt doserede injektioner i klinikkerne.

Udfordringer

Afstand til behandlingsstederne:

Brugernes samlede livssituation skal muliggøre fremmøde på nøje fastlagte tidspunkter. Afstand til behandlingssted, mulighederne for offentlig transport samt ikke mindst brugernes evne til at struk-

turere deres dagligdag kan stå i vejen for at modtage behandlingen. En undersøgelse af brugere indskrevet på Københavns Kommunes Behandlingstilbud 'Valmuen' i 2010 godtgjorde, at $\frac{3}{4}$ af de indskrevne boede inden for en radius af 3 km. Til trods for stor rejseafstand var der brugere med højt funktionsniveau fra andre kommuner, der gjorde brug af tilbudet. Kravene for at gennemføre behandlingen, specielt kravet om overvåget indtagelse, har vanskeliggjort det for brugere med lavt funktionsniveau og bopæl langt fra klinikker at få behandlingen.

Det er således ikke udelukkende misbruget af illegal heroin, som afgør, om man kan modtage behandling, men også om det er muligt at møde frem på klinikken. De hårdest belastede brugere med en kaotisk dagligdag vil have større udfordringer med fremmødet end brugere med højt funktionsniveau og struktureret dagligdag. Jo større afstand, jo sværere bliver det at fremmøde.

Det er i den sammenhæng problematisk, at behandlingen ikke er tilgængelig i alle landets 5 regioner.

Kravet om overvåget indtagelse:

Da den medicinske behandling med heroin skal foregå overvåget på klinikkerne, kan det være vanskeligt for de indskrevne brugere at deltage i de nødvendige sociale- og beskæftigelsesmæssige tilbud, som bør være en integreret del af det samlede behandlingstilbud. Brugerne har i vid udstrækning prioriteret den medicinske behandling frem for deltagelse i de psykosociale behandlingstilbud, med mindre disse har væ-

ret tilgængelige i umiddelbar tilknytning til heroinbehandlingen. Fremmødekravet har således stået i vejen for at lave den nødvendige psykosociale indsats med fokus på rehabilitering og resocialisering.

Indtagelsesform:

Udelukkende brugere, som injicerer heroin, kan modtage behandling. De brugere, som har inhaleret ('røget') eller sniffet heroin, har ikke kunnet indskrives i behandlingen. Man kan håbe, at man med tabletbehandling fremover kan tilbyde behandling til de brugere, som trods substitutionsbehandling fortsat har et væsentligt forbrug af inhaleret eller sniffet heroin.

Målgruppen

Hvorvidt målgruppen 'de hårdest belastede stofmisbrugere' er nået beror på, hvad man lægger i ordet 'hårdest'. Ekspertgruppen gjorde i sit forarbejde opmærksom på, at 'Indikationen for heroinbehandling er ikke primært graden af belastning, men manglende udbytte af en normal substitutionsbehandling'. Man gjorde således tidligt i processen opmærksom på, hvad man ville kunne opnå ved indføre behandling med lægeordineret heroin. Det måtte forventes, at behandlingen med lægeordineret heroin ville nedsætte trangen til/behovet for at supplere en iværksat substitutionsbehandling med heroin købt på gaden. Det er vel ikke helt overraskende, at dette kan lade sig gøre.

Vendingen 'hårdest belastede' har i journalistkredse, hos politikere og i befolkningen generelt ofte været opfattet som de mest

AKTUELLE STOFINDTAG

Tabel 1: Gennemsnitligt antal dage inden for de sidste 30 dage med indtagelse af nedenstående stoffer

Stof (Narkotika eller ikke-ordineret medicin)	Indskrivning	6 måneder
Substitutionsmedicin (ordineret)	28,2	28,0
Metadon (ikke ordineret)	8,2	1,0
Heroin (ikke ordineret)	14,8	1,3
Andre opioider (ikke ordineret)	1,3	0,1
Buprenorfin (ikke ordineret)	0	0
Benzodiazepiner (ikke ordineret)	9,6	3,9
Amfetamin	0,5	0,2
Kokain	3,8	1,3
Ecstasy og andre designerdrugs	0	0
Hallucinogener	0	0
Hash	16,2	10,5
Opløsningsmidler/inhalater	0	0,6
Andet	0	0

KRIMINEL ADFÆRD

Tabel 2: Antal dage inden for de sidste 30 dage med involvering i illegale aktiviteter

Gennemsnitligt antal dage med involvering i illegale aktiviteter for at skaffe penge til rusmidler	Indskrivning	6 måneder
	9	2,9

PENGE BRUGT PÅ RUSMIDLER

Tabel 3: Penge i kr. brugt på rusmidler inden for de sidste 30 dage

Gennemsnitligt antal kroner brugt på	Indskrivning	6 måneder
Illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler	10.263	1.365
Alkohol	445	91

Alle tabellerne er fra: Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere (statusrapport for perioden 2009 – 2011). Sundhedsstyrelsen. 2012.

marginaliserede med multiple, komplekse problemer. Lægeordineret heroin er ikke en mirakelkur, som kan løse boligproblemer, personlighedsforstyrrelser, adfærdsmæssige problemer etc..

I Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med lægeordineret heroin pointeres det da også, at den medikamentelle behandling med heroin ikke må stå alene, men skal, foruden almen sundhedsbehandling, også ledsages af en psykosocial indsats. Man kan for forståelsens skyld sige, at heroinen kan 'tæmme' misbruget og dermed gøre det muligt at lave anden, resocialiserende og rehabiliterende behandling (i.e. boligindsats, sænering af økonomi, imødekomme uddannelsesbehov osv.).

Mange af de brugere, der søger behandling, har massive problemer, som ikke tidligere har kunnet løses pga. et stort aktivt misbrug, som har stjålet tid og fokus.

Status

Som evalueringen (9) dokumenterer, har man ved behandling med lægeordineret heroin vist, at det er muligt at nedsætte og hos mange helt eliminere det omkostningstunge sidemisbrug af heroin (Tabel 1 & 2). Som en konsekvens af dette begrænses behovet for berigelseskriminalitet og/eller prostitution (Tabel 3).

Foruden disse forventelige effekter lader det til, at heroinbehandling også har en gunstig virkning på trangen til at bruge andre stoffer og alkohol (Tabel 1). Om disse virkninger holder på den lange bane er svært at forudsige, men hvis vi udnytter muligheden



for grundlæggende at ændre på de behandlede daglige liv ved at intensivere den psykosociale behandling, kan man håbe på, at behovet for at beruse sig mindskes mere permanent.

Fremtiden

De foreløbige erfaringer viser, at lægeordineret heroin er et potent lægemiddel, som kan nedsætte sidemisbrug og dertil knyttede illegale aktiviteter. Heroinbehandlingen er forbundet med risiko for overdosering, men disse overdoser kan håndteres af veluddannet personale.

Heroinbehandlingen har bl.a. grundet høje omkostninger samt risikoen for overdosistilfælde under behandlingen været forbeholdt brugere, som ikke har kunnet 'tømmes' på metadon, de såkaldte 'hard-to-treat' brugere. Da behandlingen har vist sig meget effektiv og er attraktiv, og da effekten af behandlingen indtræffer hurtigt, er det fristende at bruge heroinen til at etablere kontakt til den udvalgte gruppe af 'hard-to-reach' opiatbrugere. Der vil i et sådan behandlingstilbud, hvor brugernes tolerance over for opiat er usikker, være behov for tæt overvåget indtagelse, så man kan håndtere overdosistilfælde. Det må overvejes, om behandlingen med Heroin til denne målgruppe skal tidsbegrænses (f.eks. 3 – 6 måneder), da en evt. gunstig effekt af heroinbehandlingen må forventes at vise sig i denne periode. Hvis der efter denne tidsbegrænsede, indledende behandling fortsat er behov for substitutionsbehandling, kan konventionel substitutionsbehandling med buprenorfin eller metadon

iværksættes. Hos egnede brugere, som ønsker det, kan behandling rettet mod en stoffri tilværelse også være en mulighed.

Hos de stabiliserede brugere med højt funktionsniveau må det overvejes at indføre en 'tag-hjem'-ordning af heroinen, evt. udelukkende i tabletform. Behandlingens krav til overvåget indtagelse bør ikke hos stabile brugere med højt funktionsniveau stå i vejen for muligheden for at leve en så normal tilværelse som muligt. Indførelse af en 'tag-hjem'-ordning vil fordre en nøje beskrivelse af målgruppen, samt hvad der skal iværksættes for at mindske risikoen for videresalg af den udleverede heroin.

Resume

Behandling med lægeordineret heroin er blevet vel modtaget hos brugerne. Den medicinske behandling har vist sig meget effektiv til at begrænse sidemisbrug og kriminalitet. Behandlingen med superviseret heroinindtagelse, indtaget på til formålet indrettede klinikker bemandet med specialuddannet personale, kan gennemføres, uden at patientsikkerheden kommer i fare.

Der opnås markant bedring og stabilitet hos brugerne, og det er vigtigt at udnytte denne nye situation til at gennemføre en koordineret målrettet psykosocial indsats med henblik på at resocialisere og øge den samlede livskvalitet hos brugerne.

Hos stabiliserede brugere bør en 'tag-hjem'-ordning overvejes, så behandlingen ikke kommer til at stå i vejen for muligheden for at leve en normal tilværelse.

For brugere, hvor det hidtil ikke

er lykkedes at etablere behandlingskontakt, bør det, for at gøre behandlingen attraktiv, overvejes at tilbyde behandling med lægeordineret heroin, eventuelt i en tidsbegrænset periode. ■

I perioden 2006 – april 2013 var Christian Hvidt ansat som klinisk overlæge i Socialforvaltningen i Københavns Kommune. Hvidt var medlem af den ekspertgruppe, som Sundhedsstyrelsen nedsatte i forbindelse med planlægning og implementering af behandling med lægeordineret heroin og i perioden 2009 – april 2013 behandlingsansvarlig overlæge på 'Valmuen'.

REFERENCER

1. Kampen mod narco II. Regeringen. Oktober 2010.
2. Teknologirådets rapporter 2007/4, Lægeordineret heroin.
3. Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A. & Gutzwiller, F.: Medically controlled prescription of narcotics: a Swiss national project. *International Journal of Drug Policy* 7, pp.31-36. 1996.
4. van den Brink, W., Hendricks, V.M., Blanken, P. et al.: Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised trials. *British Medical Journal* 327, pp. 310-316. 2003.
5. Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P. et al.: Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 191, pp. 55-62. 2007.
6. Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. et al.: Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *The New England Journal of Medicine* 361, pp. 777-786. 2009
7. Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N. et al.: Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOT): a randomised trial. *Lancet* 375, pp. 1885-1895. 2010.
8. Vejl. nr. 9240 af 11/05/2009 og efterfølgende Vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen.
9. Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere' (statusrapport for perioden 2009 – 2011). Sundhedsstyrelsen. 2012.