

# Heroinassistert behandling

Kunnskapsnotat av Foreningen Tryggere Ruspolitikk

Heroinassistert behandling kan gi bedre helse og livskvalitet til opioidavhengige som ikke har lykket med tradisjonell legemiddelassistert rehabilitering. Behandlingen bidrar til å redusere kriminalitet og er samfunnsøkonomisk gunstig.

## Hva er heroinassistert behandling?

Heroinassistert behandling (HAB) er en type substitusjonsbehandling der heroin (diacetylmorfin) forskrives til opioidavhengige for å stabilisere deres avhengighet og tilrettelegge for rehabiliterende psykososiale tiltak. Heroinet injiseres gjerne, men kan også gis i pilleform eller røykes.

HAB tilbys blant annet i Sveits, Tyskland, Nederland, England og Canada. Det er typisk forbeholdt pasienter som ikke har hatt nytte av annen substitusjonsbehandling (f.eks. buprenorfin). På grunn av heroinets korte virketid er HAB oftest organisert i klinikker der pasientene møter opp to til tre ganger daglig for overvåket injisering, før de gis et mer lengevirkende stoff (typisk metadon) for natten.

## Virker det?

Systematiske oversiktsartikler, enkeltstudier og diverse rapporter har vist at pasienter som ikke har lykket med metadonbehandling, har nytte av HAB (1-5). Det ses da større nedgang i bruk av illegalt heroin og kriminalitet. Det er også dokumentert at HAB gir bedre livskvalitet og noe bedre sosial fungering og behandlingsretensjon. Pasienter i HAB har muligens lavere dødelighet enn pasienter i metadonbehandling, men studiene har ikke vært tilstrekkelig store til å si dette med sikkerhet.

Merk at disse resultatene er oppnådd i en pasientgruppe som allerede har sviktet i annen substitusjonsbehandling, og at opioidavhengige har mange ganger høyere risiko for død utenfor behandlingsapparatet enn innenfor.

## Er behandlingen trygg?

Sammenliknet med metadonbehandling er HAB forbundet med flere selvrapporterte komplikasjoner. I den største randomiserte kliniske studien fra Tyskland var komplikasjonene hovedsakelig knyttet til injisering, men ingen av pasientene døde som følge av behandlingen (3). Det har vært dødsfall i HAB, men risikoen anses som særdeles lav når heroinet gis under kontrollerte forhold.

## Finnes det alternativer til injisering?

Heroin kan i utgangspunktet inntas på mange måter. I Sveits har en observasjonsstudie vist bedre behandlingsretensjon etter tolv måneder og seks år ved bruk av en kombinasjon av hurtig- og saktevirkende herointabletter sammenlignet med en kombinasjon av injeksjon og herointabletter. Resultatene kan reflektere pasientenes preferanser snarere enn en faktisk fordel med tabletter.

I Nederland ble HAB med røyking av heroin sammenlignet med HAB med injisering av heroin og metadonbehandling. Behandlingene ble sammenlignet på utfall som behandlingsretensjon, fysisk helse, mental helse og sosial funksjon. Retensjon var bedre hos dem som fikk metadon, hvilket forskerne forklarte med at de ble lovet overgang til heroin hvis de fullførte. Heroingruppene fikk bedre utfall på sosial funksjon og helse enn metadongruppen. Da studien var over, ble heroinforordningen avsluttet mens metadon forble tilgjengelig. Dette førte til at de fleste pasientene opplevde en forverring i helse og livskvalitet.

Enkeltstudier har også vist nytteverdi av å forskrive langtidsvirkende amfetaminpreparater til HAB-pasienter som er avhengige av sentralstimulerende i tillegg til opioider (6).

## Hva mener det norske og europeiske fagmiljøet?

De norske rusforskerne Helge Waal, Christian Ohldieck og Thomas Clausen utarbeidet i 2017 en rapport om HAB i regi av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonal kompetansetjeneste TSB (5). Deres samlede konklusjon er at HAB «ikke lenger er en eksperimentell behandling, men har «come of age» med dokumentert nytteverdi». De fraråder et *forsøksprosjekt*, da de mener kunnskapsgrunnlaget allerede er tilstrekkelig. På grunn av ressursknapphet mener de imidlertid at HAB vil være «feil prioritering», og at pengene heller bør brukes på et bedre LAR.

Det europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) skriver i sin kunnskapsoppsummering fra 2012 at det i randomiserte kliniske studier gjennomgående ses større bedring i helse og velvære blant HAB-pasientene enn blant dem som får metadon. (4). EMCDDA er tydelige på at HAB er et viktig steg fremover, siden det kan vise til terapeutisk effekt hos pasienter som tidligere er blitt ansett som behandlingsresistente. De presiserer at ikke alle vil ha nytte av behandlingen, men understreker de store fordelene av behandlingen for pasientene som har det, samt deres familier og samfunnet rundt dem.

## Hvilke argumenter taler mot HAB?

1. HAB er **kostnadskreven**: Rapporten fra SERAF beregner fra danske tall en døgnpris omkring 630 kroner per behandlet pasient.

Motargument: HAB reduserer kriminalitet i så stor grad at studier fra flere land likevel finner en netto samfunnsbesparelse på flere turen euro per HAB-pasient per år.

## 2. HAB krever at folk **bor nærme**.

Motargument: De største rusmiljøene er allerede sentrert i større byer, og mye annen spesialisert behandling er i dag sentralisert. Erfaring fra Sveits og Nederland tyder imidlertid på at behandlingen ikke nødvendigvis må gis som injeksjoner i klinikk.

## 3. HAB forårsaker **flere komplikasjoner** enn metadonbehandling.

Motargument: HAB holder pasienter i behandling som ellers ville ha stått utenfor. Alternativet for disse ville ikke ha vært metadon, men illegalt rusmiddelbruk med langt flere komplikasjoner. Studiene viser også at komplikasjoner i HAB kan håndteres av kompetent helsepersonell.

## 4. Sammenlignet med **dagens LAR**, er ikke forskjellen i behandlingseffekt særlig stor.

Motargument: Som nevnt ovenfor, er HAB for dem som ikke har lykket i dagens LAR. Det er dermed denne gruppen man må se på behandlingseffekten hos, og få vil ha effekt av et behandlingsopplegg de ikke klarer å følge.

## Hva kan vi lære om rusbehandling av forskningen på HAB?

**Lærdom 1:** Et bredere medikamentutvalg kan komme pasientgrupper til gode som ikke kan nyttiggjøre seg medikamenttilbudet i dagens LAR (buprenorfin og metadon).

**Lærdom 2:** Det er ingenting unikt ved injisering som inntaksmåte eller heroin som virkestoff, slik at HAB ikke må bli en symbolsk kampsak som tar fokus vekk fra andre, tilsvarende eller mer effektive behandlinger.

**Lærdom 3:** Rusavhengige har individuelle behov og utfordringer som fordrer fleksibilitet og brukermedvirkning i behandlingsapparatet.

**Lærdom 4:** Danske kunnskapsoppsummeringer beskriver HAB som en suksess, og pasientene som lykkes, sier behandlingen har gitt dem stabilitet i sine liv.

**Lærdom 5:** Studier fra Sveits og Nederland viser lovende resultater ved bruk av tablett og røyking fremfor injisering.

## Litteratur

1. Systematisk oversiktsartikkel i the British Journal of Psychiatry. Strang J 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 Jul;207(1):5-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26135571>
2. Cochrane-gruppens oversiktsartikkel. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD003410. DOI: 10.1002/14651858.CD003410.pub4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003410.pub4/full>
3. Hasen C et al. Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Br J Psychiatry. 2007 Jul;191:55-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602126>
4. EMCDDA sin rapport. Strang J et al. New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. EMCDDA Insights 2012. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin\\_Insight\\_335259.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf)
5. Norsk utredning av SERAF og og Nasjonal kompetansesenter TSB. Heroinassistert behandling – Et svar på dagens utfordringer i Norge? 2017. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/heroinassistert-behandling-et-svar-pa-dagens-utfordringer-i-norge.pdf>
6. Nuijten M et al. Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2016 May 28;387(10034):2226-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=27015909>