emcdda.europa.eu

Polydrug use

EMCDDA 2002 selected issue

In *EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Utvalgte aspekter

Dette kapittelet omhandler tre aspekter ved narkotikaproblemet i Europa, nemlig blandingsmisbruk, vellykket behandling og narkotikamisbruk i fengsler.

Blandingsmisbruk

Den brede definisjonen på blandingsmisbruk som mange medlemsland anvender, er bruk av mer enn ett rusmiddel eller én type rusmiddel av samme person – brukt samtidig eller etter hverandre (som definert av WHO). I Europa stammer begrepet blandingsmisbruk fra 1970-tallet. I videste forstand defineres blandingsmisbruk som bruk av et ulovlig narkotisk stoff sammen med et annet lovlig eller ulovlig rusmiddel. Det er imidlertid betydelige forskjeller på de rusmidlene som inkluderes og tidsrammen som benyttes av de ulike medlemslandene. Forskjellene synes å avhenge av hvilke undersøkelsesdata de har tilgjengelig og av hvilken risiko som assosieres med det enkelte rusmiddel eller rusmiddelkombinasjon. De stoffene som inkluderes er vanligvis de viktigste ulovlige narkotiske stoffene, alkohol og legemidler. Energidrikker tas noen ganger med, og Frankrike tar med tobakk. Tidsrammene for inntak varierer fra sekstimersperioder til bruk noen gang i løpet av en persons liv.

I henhold til den vide definisjonen vil alle brukere av ulovlige rusmidler måtte defineres som blandingsmisbrukere ettersom nesten alle en gang i livet har brukt eller bruker alkohol og/eller tobakk. Selv når begrepet blandingsmisbruk brukes bare om 'ulovlige rusmidler', varierer kombinasjonene og bruksmønstrene så mye at det har liten verdi å vedta noen standarddefinisjon. Når vi skal ta for oss de generelle problemstillingene ved blandingsmisbruk i EU, fokuserer vi hovedsakelig på de akutte helserisikoene.

Det råder alminnelig enighet om at blandingsmisbruk har fire hovedfunksjoner: maksimere virkningen, oppveie eller regulere negative virkninger og erstatte ønskede virkninger. Informasjon om virkningene av kombinasjoner av bestemte rusmidler er basert på beskrivelser fra brukere av forsøk på å oppnå og forlenge behagelige opplevelser (Seppälä 1999, Strang et al., 1993). Hvilke rusmidler som brukes, avhenger av lokal tilgjengelighet, mote og lokal forskrivningspraksis der hvor de omfatter legemidler som skrives ut i forbindelse med behandlingsopplegg (i Tyskland, Frankrike, Irland og Storbritannia).

Helserisikoer

Kombinasjonen av rusmidler som identifiseres ved dødsfall og overdoser gir indikasjoner på at det er særlige farer forbundet med å kombinere rusmidler (se boks).

Helserisikoene som forbindes med blandingsbruk av psykotrope stoffer avhenger ikke bare av stoffets farmakologiske egenskaper og mengden som blir inntatt, men også

Eksempler på rusmiddelkombinasjoner som betraktes som høyrisikokombinasjoner

- Mens det er vanskelig å ta overdoser av benzodiazepiner alene, kan kombinasjonen av en stor dose benzodiazepiner og store mengder alkohol eller en stor dose opiater som f.eks. heroin eller metadon, være dødelig.
- Når ecstasy brukes sammen med alkohol, øker helserisikoen fordi alkohol hemmer temperaturreguleringen og øker dehydreringen.
- Når kokain kombineres med alkohol, kan kombinasjonen være mer direkte toksisk for hjerte og lever enn kokain eller alkohol hver for seg. Alkohol er ofte til stede ved dødsfall som skyldes hjertestans pga. kokainbruk.
- Blandingsbruk av ulike sentralstimulerende midler, herunder energidrikker, kan føre til sympatisk hyperaktivitet som igjen kan hemme temperturregulering og hjertefunksjon.

Kilder: Leccese et al., 2000 DrugScope 2001.

av en rekke individuelle, sosiale og miljømessige faktorer.

Innenfor ordningene for tidlig varsling er det økende bekymring for at tabletter som selges som ecstasy kan inneholde en blanding av psykoaktive stoffer, og som derfor – selv om dette er ukjent for brukeren – kan medføre de samme risikoer som blandingsmisbruk. I Danmark fant man f.eks. i 2001 at alt mellom 10 og 32 % av de tablettene som ble analysert innholdt mer enn ett virkestoff. Tablettene innholdt primært MDMA og PMA, PMMA, MDE og MDA (Danmark). I Frankrike innholdt to tredeler av et analysert utvalg tabletter som ble solgt som ecstasy MDMA kombinert med andre virkestoffer, for det meste legemidler.

Fatale og ikke-fatale overdoser

I løpet av det siste tiåret har pressens oppmerksomhet omkring narkotikadødsfall vært rettet hovedsakelig mot noen få tilfeller av ecstasydødsfall (Belgia, Danmark, Italia og Storbritannia). Dødsfall blant problembrukere fanger vanligvis ikke medias interesse. En stor del av de 7 000-8 000 akutte narkotikadødsfallene (overdoser) som rapporteres i EU hvert år, er menn som har brukt opiater i flere år (se avsnitt om Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet).

Det finnes i grunnen ikke mange resultater tilgjengelig av toksikologiske analyser av fatale og ikke-fatale overdoser forbundet ([53]) med bruk av ulovlige narkotiske stoffer, men de som finnes, viser konsekvent at de fleste dødsfall er forbundet med injisert heroin kombinert med andre rusmidler. I henhold til en nyere britisk studie av 153 narkotikabrukere som hadde opplevd ikke-dødelige overdoser, var mer enn ett stoff brukt i 111 (73 %) av tilfellene (Neale, 2001). Minst ett annet narkotisk stoff eller alkohol var involvert i mer enn 50 % av de dødelige overdosene i Storbritannia og i inntil 90 % av tilfellene i Irland. Benzodiazepiner, alkohol, metadon og kokain er de stoffene som oftest kombineres med opiater, og en vanlig forklaring på overdosen var at den var forårsaket av kombinasjonen (ONS, 2000a og 2000b, Farrell, 1989, Bennett and Higgins,1999, Strang et al., 1999, Taylor et al, 1996) ([54]).

Dødsfall forbundet med kokain, amfetamin eller MDMA (ecstasy) hvor opiater eller benzodiazepiner ikke er til stede, er uvanlige og er vanligvis kombinert med andre narkotiske stoffer eller alkohol.

Andre risikoer

Blandingsmisbruk betraktes også som en særlig risiko i forbindelse med kjøring, men data fra EU om narkotika og bilkjøring er svært begrenset. Voldelig eller aggressiv atferd er i den senere tid blitt forbundet med mønstre som viser økt bruk av alkohol kombinert med sentralstimulerende midler (Snippe og Bieleman, 1997, Vermaas, 1999).

Trender

Dødsfall utgjør den alvorligste følgen av blandingsmisbruk, og i enkelte land øker antallet dødsfall som følge av blandingsmisbruk. De stoffene som oftest ble påvist, var kombinasjoner av morfin, benzodiazepin og alkohol, med en nasjonal eller lokal økning i den senere tid av kokain rapportert i Spania, Frankrike, Italia, Nederland og Storbritannia (se avsnitt om Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet for ytterligere informasjon).

Bekymring over risikogrupper

Samfunnets bekymring over narkotikadødsfall, overdoser og smittsomme sykdommer forbundet med mønstre for blandingsmisbruk konsentreres stort sett om to grupper som skiller seg fra hverandre med hensyn til rusmiddeltyper og -kombinasjoner de bruker og miljøene de brukes i.

- Den største og vitenskapelig beviste helserisikoen finnes blant problembrukere av narkotika, særlig de som injiserer opiater og andre stoffer.

- Media og befolkningen generelt er bekymret for risikoen for dødsfall og overdoser hos rekreasjonsbrukere av narkotika som ikke er avhengige og hvis bruk av ulovlige narkotiske stoffer oftest er begrenset til konkrete sosiale sammenhenger eller visse faser av livet. Denne bekymringen har fått et uforholdsmessig stort omfang i betraktning av det relativt lille antallet dødsfall det her er snakk om.

Når det gjelder problembrukere av narkotika, vil antallet og karakteristika for klienter som søker behandling på spesialiserte sentre i Europa, være en indirekte indikator. Når det gjelder rekreasjonsbrukere, har vi resultatene fra en stor europeisk undersøkelse av rekreasjonsbrukere av narkotika i ni europeiske byer foruten en rekke ad hoc-undersøkelser blant 'clubbers'.

Problembrukere

Siden 1970-tallet har det vært kjent at problembrukere av narkotika har tilpasset 'ingrediensene på menyen'

([53]) Et narkotisk stoff betraktes som involvert eller å ha forbindelse når det tester positivt i toksikologiske prøver eller når stoffet beviselig er inntatt før dødsfallet. Det kan ikke dermed sluttes at stoffet forårsaket dødsfallet. Det kan bety at stoffet (stoffene) var en medvirkende årsak til dødsfallet.

([54]) Tabell 12 OL gir et eksempel på antall rusmidler som var involvert i dødsfall relatert til opiatbruk i Irland (nettutgaven).

etter hvilke stoffer som er tilgjengelig på markedet og etter livssituasjon. Stoffer de ikke får tak i, erstattes med andre, ikke nødvendigvis av samme type (Haw, 1993; Strang et al., 1993; Fountain et al., 1999).

Blandingsmisbruk blant klienter i behandling

På europeisk plan gir behandlingsdata informasjon om primær- og sekundærrusmidler: primærrusmiddel er 'det rusmiddelet som forårsaker størst problemer for klienten' ([55]), og sekundærrusmiddel er det rusmiddelet som er nest mest problematisk. Det europeiske informasjonssystemet for behandling, som er basert på TDI-protokollen og registrerer inntil fire rusmidler for hver person, kan brukes som en indirekte indikasjon på problematisk blandingsbruk ([56]) selv om det er begrenset til brukere i behandling.

De fleste klienter som får behandling bruker et sekundærstoff i kombinasjon med hovedstoffet (83,2 %) (figur 23). Mange land rapporterer om en økning av blandingsmisbruk ([57]).

De vanligste mønstrene for problematisk blandingsbruk av narkotika er: heroin kombinert med andre opiater, f.eks. avledet metadon eller benzodiazepiner; opiater kombinert med kokain, cannabis og sentralstimulerende midler eller alkohol; og kokain brukt sammen med alkohol eller sentralstimulerende midler ([58]).

Det er stor forskjell i bruksmønstrene fra land til land og mellom kjønnene. Tilgjengelige data viser at i enkelte land er ett mønster framrådende, mens andre land viser ulike rusmiddelkombinasjoner. Ut fra tilgjengelige data synes det å være homogene mønstre i enkelte land når det gjelder fordeling av primærrusmiddel, f.eks. Hellas og Italia, hvor heroin brukes sammen med hypnotika, beroligende midler, andre opiater eller cannabis. I Spania og Nederland, hvor andelen klienter som søker behandling med kokain som primærrusmiddel er ganske høy, opptrer kokain også ofte som sekundærrusmiddel kombinert med heroin eller sentralstimulerende midler.

Når det gjelder fordelingen mellom kjønnene er blandingsbrukere som får behandling hovedsakelig menn, særlig blant dem som bruker heroin kombinert med opiater eller alkohol. Andelen av kvinner er høyere blant dem som bruker sentralstimulerende midler sammen med cannabis, sentralstimulerende midler, og andre rusmidler (hypnotika/beroligende midler, løsningsmidler) ([59]).

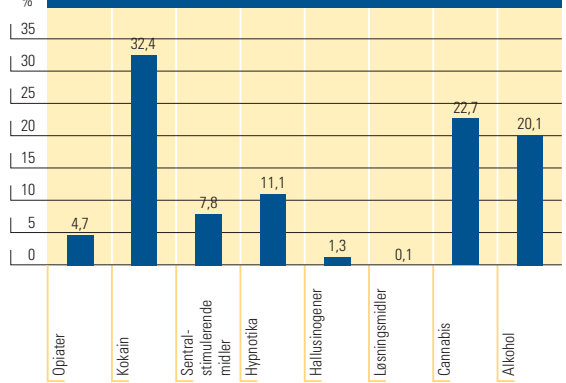
Personer som bruker cannabis sammen med hovedrusmiddelet er hovedsakelig i aldersgruppen 15-24. Blandingsbrukere av opiater og kokain er eldre (20 til 39), og de som bruker andre rusmidler sammen med alkohol er de eldste blandingsbrukerne som får behandling ([60]).

Ut fra tilgjengelige data kan vi avlese følgende mønstre for bruk blant klienter som får behandling:

- eldre klienter, hovedsakelig menn, som bruker opiater som hovedrusmiddel kombinert med andre opiater eller cannabis,
- yngre klienter, menn og kvinner, som bruker cannabis og sentralstimulerende midler kombinert med alkohol eller andre rusmidler (f.eks. hallusinogener),

Figur 23 A Andel av klienter i behandling som brukes mer enn ett rusmiddel

Figur 23 B Nest mest problematiske rusmiddel, nye klienter inntatt til behandling



Kilde: Indikator for etterspørsel etter behandling (TDI), data for 2000 fra polikliniske behandlingssentre.
Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

([55]) I standardprotokollen for Indikatoren for etterspørsel etter behandling (Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0) punkt 14 defineres primærrusmiddel som 'det rusmiddelet som forårsaker størst problemer for klienten', og punkt 19, annet (= sekundær-) rusmiddel i tillegg til primærrusmiddelet, som en indikasjon på blandingsbruk se: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf)

([56]) Land som har data om dette emnet er Belgia, Spania, Hellas, Italia, Nederland, Sverige og Finland.

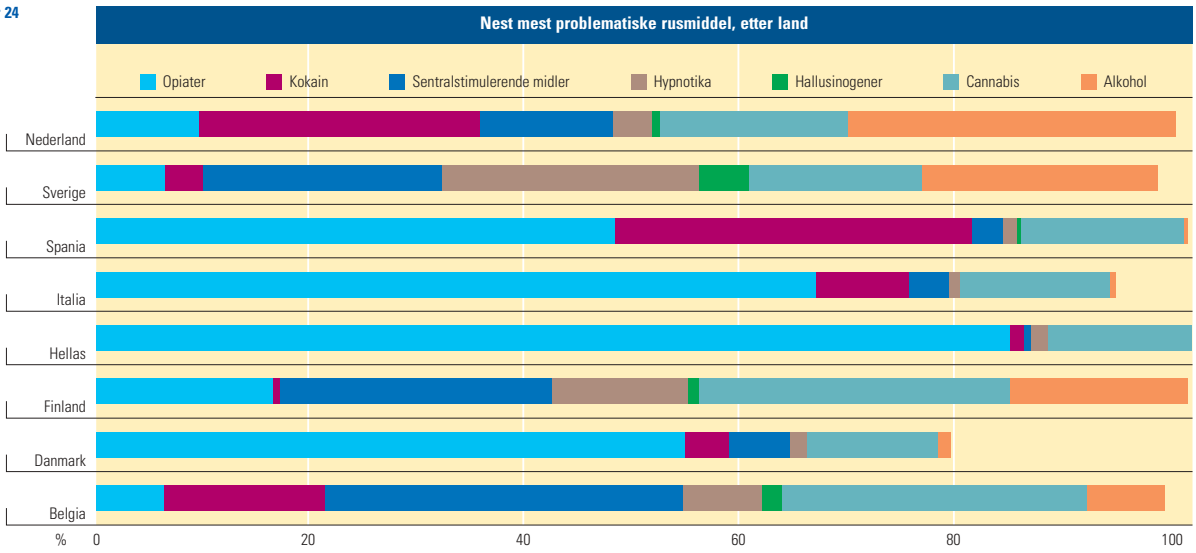
([57]) Se nasjonale Reitox-rapporter, avsnittet Etterspørsel etter behandling i første kapittel, figur 6, 'Alle klienter inntatt til behandling'.

([58]) Figur 16 OL: Vanlige mønstre i kombinasjonen av rusmidler: mest problematiske rusmiddel brukt sammen med nest mest problematiske rusmiddel (nettutgaven).

([59]) Figur 17 OL: Nest mest problematiske rusmiddel etter kjønn (% av total etter rusmiddel) (nettutgaven)

([60]) Figur 18 OL: Nest mest problematiske rusmiddel, etter alder (nettutgaven).

Figur 24



Kilde: Indikator for etterspørsel etter behandling (TDI), data for 2000 fra polikliniske behandlingssentre. Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

- menn under 30, som bruker kokain kombinert med alkohol og andre sentralstimulerende midler og
- menn i aldersgruppen 20-39 år, som bruker heroin og kokain.

Rekreasjonsbruk av narkotika

Prevalensen av blandingsbruk er høyere blant unge i 'dance club'-miljøer enn blant unge i andre miljøer, særlig bruk av alkohol, cannabis og sentralstimulerende midler (Calafat et al., 1999, ESPAD, 2000). Det foreligger også en del dokumentasjon på at prevalensen av blandingsbruk til rekreasjon i Europa generelt er høyere blant menn og faste brukere av cannabis enn blant kvinner og eksperimentelle brukere av cannabis, selv om det er visse geografiske forskjeller. En stor europeisk studie fra 1998 av narkotikabrukere i visse utelivsmiljøer viste at ca. halvparten av alle narkotikabrukere i technoparty-miljøet rapporterte at de kombinerte alkohol og cannabis, fulgt av alkohol og ecstasy samt cannabis og ecstasy (Calafat et al., 1999). Tabell 1 viser at rekreasjonsbruken av rusmidler domineres av alkohol. Flertallet av rekreasjonsbrukere av rusmidler inntar ikke store mengder ulovlige rusmidler og alkohol kombinert. Studier antyder imidlertid at andelen som legger seg til 'tunge' bruksmønstre blir større, og det er økende bekymring for helsefarene og potensielle langtidsskader ved konkrete rekreasjonsbruksmønstre (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath and McEvoy, 1999; Reitox).

Tung blandingsbruk i fritidsmiljøene er forbundet med gjentatt eksponering for lettilgjengelige rusmidler og et positivt image av blandingsbruk i miljøet. Tung rusmiddelbruk er imidlertid generelt begrenset til bestemte sosiale begivenheter, til ferier eller til perioder i livet hvor man går mye ut og er spesielt sosial (Bellis et al., 2000).

Tabell 1

Rusmiddelkombinasjoner brukt av rekreasjonsbrukere på en kveld

	%
Alkohol og cannabis	50,6
Alkohol og ecstasy	11,9
Alkohol, cannabis og ecstasy	10,4
Cannabis og ecstasy	8,4
Alkohol og kokain	7,8
Cannabis og ecstasy, alkohol og kokain	7,8
Cannabis, alkohol og kokain	2

Kilde: Calafat et al. (1999) Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA og Europakommisjonen, Valencia.

Enkelte medlemsstater (Frankrike og Italia) har rapportert om en økning i heroinrøyking. I de senere årene har det vært knyttet særlig bekymring til det at folk røyker heroin for å 'komme ned' fra ecstasy, men bevisene for dette er blandet eller motstridende. Studier fra behandlings- og fengselsmiljøer i Irland viser f.eks. at over halvparten av de rusmiddelbrukerne som ble intervjuet hadde røykt heroin for å 'komme ned' fra ecstasy, mens undersøkelser blant rekreasjonsbrukere og 15-16-årige skoleelever viser at de fremdeles har et svært negativt inntrykk av heroin (ESPAD, 2000).

Lokalt marked

Det er forsket lite på narkotikamarkedene i EU, og det er derfor ikke mulig å gi nøyaktige opplysninger om hvilke kombinasjoner av rusmidler som er tilgjengelig lokalt.

Når det gjelder 'markeder', rapporterer britiske medier regelmessig at ecstasy, amfetamin, kokainpulver og cannabis blir omsatt til gjester i klubber og barer. Nederlandsk forskning har imidlertid vist at mange unge 'clubbers' heller skaffer seg rusmidler fra venner enn fra langere. Noen av markedene hvor det kjøpes og selges heroin, crack-kokain og reseptpliktige legemidler (f.eks. benzodiazepiner) er velkjente, og de er vanligvis ikke de samme markedene som 'clubberne' går på. Ulike rusmidler selges på ulike markeder. Mens enkelte fokuserer på avledete reseptpliktige legemidler, skjer omsetningen på andre primært i heroin og/eller crack-kokain. Når det gjelder avledete reseptpliktige legemidler, foregår distribusjonen ved at et stort antall mennesker selger alt eller deler av egne reseptpliktige legemidler (Edmunds et al., 1996, Fountain et al., 1999).

Tiltak mot blandingsmisbruk

Det kan defineres to klare målgrupper for tiltakene: eldre, problematiske blandingsbrukere og unge rekreasjonsbrukere.

Eldre, problematiske blandingsbrukere

For eldre, problematiske blandingsbrukere er forebygging av narkotikarelatert skade viktig pga. faren for uforutsette konsekvenser. Tiltakene har som mål å gi brukerne hensiktsmessig kunnskap om virkningene av bestemte rusmidler og konsekvensene av blandingsbruk samt om hvordan nødsituasjoner skal håndteres.

Blandingsmisbruk har vist seg vanskeligere å behandle enn bruk av ett enkelt rusmiddel. Medlemsstatene rapporterer ikke om særskilte behandlingsprogrammer for bestemte rusmiddelkombinasjoner, men nesten alle tjenester er åpne for blandingsbrukere. Fokus rettes snarere på atferd enn på rusmiddel. I akuttbehandlingen og ved avvenning kan blandingsmisbruk imidlertid ha stor betydning.

Kombinasjonen heroin og benzodiazepiner har implikasjoner for effekten av behandlingen. Dersom opiatbruk blir behandlet og samtidig bruk av benzodiazepiner blir oversett, kan effekten av substitusjonsbehandling, f.eks. metadonbehandling, bli nedsatt. I Storbritannia understrekes det i de offisielle retningslinjene for forskrivning av resepter (Department of Health et al., 1999) at sentralstimulerende midler ikke bør skrives ut til blandingsbrukere.

Alle land unntatt Sverige rapporterer om store problemer med å få kontroll over andre rusmidler enn opiater ved hjelp av legemiddelassistert behandling, f.eks. metadonbehandling. I andre land blir fordelen ved regelmessig kontakt med rusmiddelbrukere i substitusjonsprogrammer tydeligvis betraktet som viktigere enn ulempene ved samtidig bruk av andre rusmidler. I Sverige får blandingsbrukere imidlertid ikke metadonbehandling, uansett hvor alvorlige heroinproblemer de måtte ha.

Blandingsbrukere har ofte psykiatriske tilleggslidelser. Danmark, Nederland, Østerrike og Sverige rapporterer om høye og muligens økende innleggelsestall for blandingsbrukere på psykiatriske sykehus.

Det er gjort lite forskning omkring effektiviteten ved behandlingen av blandingsbrukere. Dersom behandlingen tilpasses hvert enkelt tilfelle, lykkes behandlingen vanligvis. NTORS-studien i Storbritannia fant at opiatbrukere som ved inntak hyppig brukte sentralstimulerende midler, etter et år viste markant nedgang i bruken av opiater *og* sentralstimulerende midler (Gossop et al., 1998). Hellas rapporterer at det fra substitusjonsprogrammene hevdes at behandlingstiltak bidrar til å redusere blandingsmisbruk (Kethea og NSPH, 2001).

Tyskland mener i sin nasjonale rapport at det er nødvendig å utvikle egne behandlingsprogrammer for spesifikke grupper, som f.eks. blandingsmisbrukere, og Storbritannia anser at det bør iverksettes tiltak for å spre eksempler på god praksis. Finland fastslår at undervisning er nødvendig og har allerede lansert enkelte tiltak for opplæring av behandlingspersonell i håndteringen av blandingsmisbrukere.

Rekreasjonsbruk av narkotika

Noen land (Spania, Frankrike og Italia) har lansert store kampanjer i massemedia for å advare mot blandingsbruk i fritidsmiljøene. I Italia ble kampanjen støttet av lokale initiativer på større ungdomsarrangementer. Kampanjene nevner ikke alltid konkrete rusmidler, og konsekvensene av blandingsbruk blir ikke tydelig forklart. I andre land (Belgia, Tyskland, Nederland, Østerrike og Storbritannia) blir helseadvarslene og rådene formidlet gjennom rusmiddelarbeidere, andre brukere og selvhjelpsgrupper.

Pilletestingsprosjekter kan informere brukerne om at tablettene har et farlig og uforutsett innhold, og arbeider enten på stedet, gjennom tidsskrifter og plakater eller via internett. Høsten 2000 fant det østerrikske *ChEck iT! f.eks.* at flere tabletter som inneholdt PMA/PMMA ble solgt som ecstasy og la ut advarsler både på stedet og på internett (Krieger et al., 2001). I november 2001 sendte det nederlandske DIMS-prosjektet ut et varsel om tabletter som inneholdt PMA.

Det finnes så godt som ingen tilbud om behandling for blandingsbrukere i fritidsmiljøene. En av grunnene kan være at de fleste rusmiddeltjenestene bare er utstyrt til å ta seg av opiat- og tyngre avhengighetsproblematikk.

Policy-spørsmål

Ritualene og de sosiale kontrollmekanismene som blandingsmisbrukere benytter for å oppnå den effekten de søker samtidig som risikoen reduseres, må utredes nærmere om vi skal få en bedre forståelse av hvilke sosiale og miljømessige omstendigheter som virker risikofremmende i de forskjellige gruppene av rusmiddelbrukere (Boys et al., 2000, Decorte, 1999, Akram og Galt, 1999).

Forebyggende arbeid, særlig i fritidsmiljøene, bør omfatte klare retningslinjer og rådgivning om farene som er forbundet med blandingsmisbruk. Det trengs mer evidence-basert kunnskap for å kunne sikre best mulig omsorg for blandingsmisbrukere, særlig blandingsmisbrukere med psykiske lidelser.

For å få en bedre forståelse av de farmakotoksikologiske risikoene ved spesifikke kombinasjoner må klinikere følge opp pasienter der det er mistanke om narkotikapåvirkning og legge fram evidence-basert informasjon om akutte og langsiktige helseskader.

Vellykket behandling

I EUs handlingsplan mot narkotika (2000-2004) er det tredje strategimålet å 'oppnå en vesentlig økning i antallet avhengige som blir rusfrie'. Det foreligger ikke data på europeisk plan som gjør det mulig direkte å måle i hvilken grad dette målet oppnås. Det er imidlertid gjort mange evalueringer over hele Europa for å finne ut hvilke behandlingsformer som virker og hvordan. Her presenteres behandlingsformer som har vist seg vellykket, ordnet etter type behandlingstiltak: avvenningsbehandling, stoff-fri behandling og legemiddelassistert behandling. Kriteriene for hvorvidt behandlingen er vellykket, varierer fra behandlingstype til behandlingstype og er også knyttet til sosial reintegrasjon og rehabilitering etter behandling.

Avvenningsbehandling

Avvenningsbehandling, eller avgiftning, blir generelt betraktet som første trinn i en fullstendig behandlingsprosess. Tiltaket har som mål, for det første å komme til et punkt der klienten er fysisk stoff-fri og ikke lenger har trang til ulovlige rusmidler, og dernest å overføre klienten til stoff-fri behandling. I Sverige og Finland er dette en forutsetning for å få metadonbehandling.

Avvenningsbehandling er blitt evaluert både i medlemsstatene og i Norge, men er globalt sett likevel den minst evaluerte formen for behandlingstiltak. I det store og hele har avvenningsbehandling med legemidler som naltrexon, klonidin, lofexidin og buprenorfin vist seg å være effektiv for å redusere abstinenssignaler og –symptomer, selv om virkningen på de forskjellige typene symptomer varierer fra legemiddel til legemiddel (Greenstein et al., 1997). Metadon brukes i stor utstrekning i behandlingen av abstinenssymptomer selv om forskningsresultater viser at metadon egner seg best til vedlikeholdsbehandling.

Avvenningsbehandling uten bruk av legemidler, også kjent som 'cold turkey', forkommer, men vi vet egentlig ingenting om omfanget. Det finnes heller ingen rapporter som beskriver virkningen og resultatene av stoff-fri avvenningsbehandling sammenlignet med legemiddelassistert behandling. Det nye konseptet med rask avgiftning ved bruk av naltrexon under full narkose (noen ganger kalt 'akselerert avvenning') som nylig har dukket opp, bør utredes grundigere.

I et tiltak i Portugal der utlevering av naltrexon ble kombinert med psykoterapi, ble det påvist en merkbar forbedring etter tre måneder i sosiodemografiske og psykologiske variabler og risikoatferd (Costa, 2000). I et forsøk i Tyskland ble naltrexon brukt til avgiftning av metadonbrukere under full narkose. Pasienttilfredsheten var ganske god, men så mange som 50 % rapporterte om alvorlig ubehag den første måneden etter avgiftning. Seks måneder etter utskrivning hadde en tredel av pasientene ikke brukt harde stoffer (Tretter et al., 2001).

Selv om enkelte tiltak innenfor avvenningsbehandling er blitt evaluert, trenger vi mer inngående kunnskap om fordelene og ulempene ved de ulike metodene og om hvilken type avvenningsbehandling som egner seg best for de forskjellige typene av pasienter.

Stoff-fri behandling

Stoff-fri behandling benytter fysisk-sosiale teknikker for i første omgang å få klienten rusfri og deretter på lang sikt bli kvitt trangen til narkotika. Det primære kriteriet for om den stoff-frie behandlingen har lykkes, er at behandlingen gjennomføres stoff-fritt som planlagt, selv om andre kriterier, som forbedring av psykologisk, sosial og økonomisk velferd, også er viktige. Redusert kriminalitet og risikoatferd samt forbedret helse og allmenn velferd for klienten er viktige 'spin-off'-effekter.

Evalueringer av stoff-frie behandlingstiltak har vist at tiltakene i større eller mindre grad lykkes i å nå målene (Gossop et al., 2001). Evalueringsresultatene varierer mye, men generelt fullfører 30-50 % av klientene den stoff-frie behandlingen. En dansk studie konkluderte med at avhengig av hvilken type stoff-frie behandlingstiltak som ble brukt, varierte prosenten av klienter som ble rusfrie etter behandlingen mellom 17 og 58 % (Pedersen, 2000).