

Riv ned gjerdene

AV MARTIN BLINDHEIM



Martin I. Blindheim er permittert redaktør fra tidskriftet *rus&avhengighet*.

Han arbeider for tiden som miljøarbeider i Rusmiddel-etaten, Oslo kommune.

Tunge rusbrukere lever i en kronisk livstruende situasjon som helsevesenet ikke tar alvorlig. Taushetsplikt og faggrenser er i dag helsefarlige barrierer for nødvendig samarbeid.

De fleste leger møter daglig pasienter som sliter med rusproblemer. Noen av disse pasientene er ekstremt synlige, de fleste synes ikke i det hele tatt.

De usynlige er alle de som drikker for mye uten at det har gått ut over livet i vesentlig grad, de som overforbruker piller uten at angsten driver dem fra jobben, de som eksperimenterer med illegale stoffer uten at familien eller studiene bryter sammen. Dette er de fleste. Vi vet at dersom de blir fanget opp, kan de med enkle tiltak få vellykket hjelp.

Overfor denne gruppen har legene og helsevesenet store utfordringer på rusfeltet: Tidlig identifisering og hjelp kan spare enkeltindividene og deres omgivelser for store lidelser og samfunnet for store ressurser.

I dette innlegget legger jeg likevel denne gruppen til side, for å si noe om de ekstremt synlige, de tunge rusbrukerne.

Som i 3. verden

Helsetilstanden blant tunge, aktive rusbrukere i Oslo er verre en noen kan forestille seg. For et par år siden opprettet Oslo kommune Feltpleien som et spesialtilbud til denne pa-

sientgruppen. Sykepleier Ingvild Andersen forteller at hun måtte gripe til erfaringer fra verdens fattigste land for å finne lignende sykdomsbilder som de hun møter i sitt arbeid i Feltpleien. Høgskolen i Akershus erfarte det samme da de skulle kartlegge ernærings situasjonen; modeller fra Mali i Afrika var de mest relevante. 3. verden midt i velferdshovedstaden! Tannhelsen er av en slik art at vi må vurdere nøye hva vi serverer slik at beboere uten tenner kan få maten i seg.

Denne befolkningsgruppen lever i en kronisk nær-dødensituasjon der sosiale, somatiske, odontologiske og psykiatriske problemer er vevd tett sammen. Dødeligheten blant stoffbrukerne er 20–30 ganger høyere enn i normalbefolkningen. Blant alkoholistene ligger den 2–5 ganger over. Situasjonen skriker på samarbeid over fag- og «vesen»-grenser. Skillet mellom sosiale tiltak og helsetiltak er om mulig enda mer meningsløst enn tidligere. Taushetsplikten begge sider skjules bak er, slik jeg ser det, en livstruende barriere.

Over- og underforbruk

Tunge rusbrukere, hva enten de bruker legale eller illegale rusmidler, er både overforbrukere og underforbrukere av helsevesenet. En beregning viser at de forbruker tre ganger mer av helseressursene enn deres andel av befolkningen tilsier.

Tunge rusbrukere er kjent – og fryktet – av mange leger. De regnes som en av de aller mest krevende pasientgruppene: De kommer ikke til avtaler, de skremmer andre pasienter, de tar ikke medisiner som avtalt, de forlanger det umulige og de vil helst ha det utført Nå! I tillegg bruker de utallige knep for å få forskrevet avhengighetsskapende medisiner.

Til tross for dette som jeg kaller overforbruket av helsevesenet, er det et større problem at mange sjelden eller aldri søker nødvendig hjelp for en rekke av de somatiske problemene de sliter med. Årsakene til dette er mange. Dårlige erfaringer med helsevesenet er en. En annen er liten evne til å forstå signaler fra egen kropp – hva skyldes sykdom, hva

skyldes abstinenser? En tredje er paradoksalt nok lav smertetoleranse. Skyld, skam og selvdestruksjon er andre viktige forklaringer.

Positive tegn

Opprettelsen av Feltpleietiltak i flere av storbyene har hjulpet på situasjonen og gjør en flott innsats. Men feltpleiene kan aldri få utstyr og ressurser nok til å dekke det legevakt-behovet gruppen har.

Likeså har innføringen av adekvat vedlikeholds- og smertemedisinering uten moralistiske pekefinger ved noen sykehus også hjulpet. Det kan vanskelig understrekes sterkt nok at syke stoffbrukere ikke er kandidater til medikamentfri

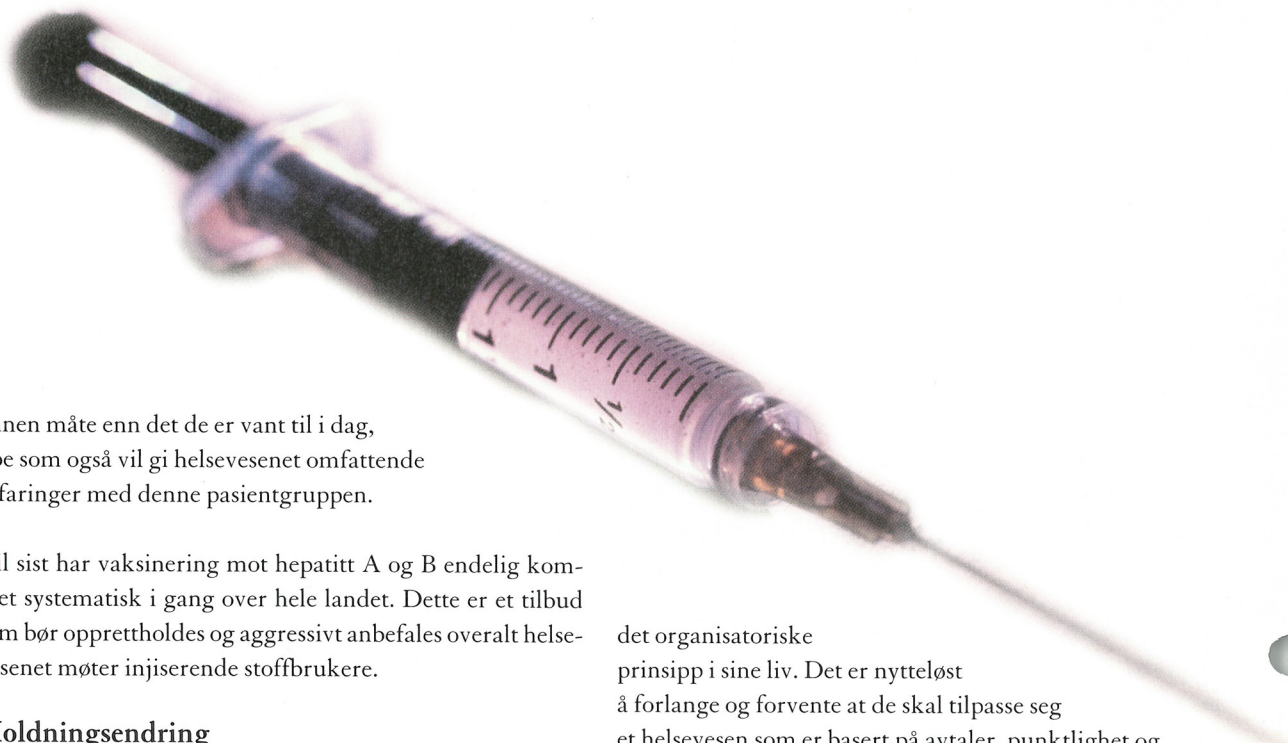
behandling. De skal ha romslig medisinerings for abstinenser og smerter slik at de klarer å bli på sykehuset og gjennomføre nødvendig somatisk behandling.

Vi kan også håpe at fastlegeordningen vil tvinge fram arbeidsformer som setter fastlege og rusbrukende pasient i stand til å tåle hverandre og således bidrar til å bedre helsevesenets forhold til de tunge rusbrukerne.

Vi står nå midt i en storstilet utbygging av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Ventelig vil «Bærumsmodellen» der allmennlegen har en sentral rolle, bli innført i mange kommuner. Dette vil bringe en stor gruppe leger i langvarig kontakt med denne pasientgruppa, på en noe



ILLUSTRASJONSFOTO



annen måte enn det de er vant til i dag, noe som også vil gi helsevesenet omfattende erfaringer med denne pasientgruppen.

Til sist har vaksinerings mot hepatitt A og B endelig kommet systematisk i gang over hele landet. Dette er et tilbud som bør opprettholdes og aggressivt anbefales overalt helsevesenet møter injiserende stoffbrukere.

Holdningsendring

Tunge rusbrukere kan utvilsomt være svært vanskelige pasienter som setter leger og andre deler av hjelpeapparatet på ekstremt harde prøver. Det de minst av alt trenger, er idealister; slike blir fort utbrent. De trenger realister med et hav av tålmodighet som setter seg oppnåelige mål og tåler å stå i det ubehaget som følelsen av håpløshet medfører.

At tunge rusbrukere er vanskelige pasienter, er ingen unnskyldning for ikke å gi dem nødvendig hjelp. Av alle befolkningsgrupper er det kanskje denne som har mest å hente på et normalisert forhold til helsevesenet.

Det nytter selvfølgelig lite å legge ansvaret for et anstrengt forhold på stoffbrukerne. Leger må gjennom systematisk samarbeid med mer erfarne kolleger og i samtale med pasientene utvikle arbeidsmåter som gjør det mulig å bygge en varig relasjon. En slik relasjon innebærer at både lege og pasient klarer å holde ut med hverandre, men ansvaret ligger først og fremst hos legen. Hun må lære seg å gjenkjenne pasientenes aggressivitet, lære seg å styre utenom stormene og lære seg å legge sitt eget sinne til side.

For å klare dette kreves nye holdninger i helsevesenet. At tunge rusbrukere er mennesker som har et like selvsagt krav på hjelp som alle andre, er dessverre ikke noen selvfølge. I tillegg kreves kunnskap om hvilke helseproblemer rusbrukere strir med og kompetanse i å behandle dem. En aktiv innhenting av slik kunnskap og kompetanse forutsetter på sin side endrede holdninger.

Først og fremst trengs forståelse for at dette er en gruppe mennesker med uvanlig kort tidshorisont som har rus som

det organisatoriske prinsipp i sine liv. Det er nytteløst å forlange og forvente at de skal tilpasse seg et helsevesen som er basert på avtaler, punktlighet og normal bosituasjon. Eller at de skal prioritere medisiner framfor dop.

Sprøyteopplæring

Ett konkret tiltak skal jeg ta med til slutt: Opplæring i sprøytebruk. Abscesser som skyldes bomskudd er en av de største helseplagene sprøytebrukere sliter med. Erfaringen fra Feltpleien og fra Prosenterets kortvarige sprøyteromprosjekt er at mange sprøytebrukere til tross for daglige injiseringer vet svært lite om hvordan sprøyter skal settes for å unngå infeksjoner. Leger og sykepleiere som møter sprøytebrukere i sitt arbeid, kan forebygge mange helseskader ved å ta seg tid til å gi et kortvarig kurs i sprøyteteknikk og sprøytehygiene. Til tross for at det er godt dokumentert at slik opplæring har god effekt, er tiltaket kontroversielt, paradoksalt nok mer kontroversielt enn forskrivning av en rekke vanedannende medikamenter med tvilsom eller påvist negativ virkning.

Uten samarbeid

Et tettere samarbeid med sosialsiden – for eksempel gjennom deltakelse i ansvarsgrupper – er nødvendig for å sikre tunge rusbrukere et godt helsetilbud. De kontakttette skottene som har eksistert til nå, er helseskadelige. Delvis har en på begge sider skjøvet problemet fra seg; det «tilhører» de andre. Delvis har en med mistro ment at de andre ikke har forstått noe som helst av problemet og derved avvist samarbeid.

I den grad noen «eier» rusmiddelproblemene er det pasientene selv. Og de har alt å vinne på at hjelperne klarer å kvitte seg med ideologiske føringer og profesjonsjåvinisme.

MARTIN@RUS.NO

Nultelinja

Det er tidlig morgen. Nattevakta går mot slutten på et lavterskel botiltak i Oslo kommune. De 19 personene som bor her, har alle tunge stoffproblemer.

Innleggelsene

I natt ble N. lagt inn på sykehus, igjen. Allmenn svekket helse; uttørket og avmagret etter noen dagers hardkjør på amfetamin, mistanke om lungeemboli. N. er godt kjent på Legevakta, av ambulanspersonell og på sykehuset. De tar i mot når personalet ikke tør lenger, gir næring intravenøst noen dager og noe å sove på. Så er det tilbake.

S. ble lagt inn i forrige uke. Venter på metadon på somatisk grunnlag. S. er langt framme i køen; har fått dato til avrusning på Akutten og prøver å trappe ned på egen hånd. Ble funnet livløs på golvet for fire dager siden. S. har diabetes, og de på vakt fryktet insulinsjokk og tilkalte ambulanse. Legen la henne inn for underernæring. S. får ikke i seg noe særlig mat uten å være rusa. Får nå næring med sonde og legger litt på seg. Ønsker å bli på sykehuset til innleggelse på Akutten for å være opptrappet på metadon og forhåpentligvis med nokså rene urinprøver.

P. havnet på sykehuset dagen før etter langvarig feber som plutselig blusset opp. Har en svær infeksjon i kroppen etter mange bomskudd. Knappt årer igjen. Blir liggende en stund, stabilisert på metadon, medisinerert med intravenøs penicillin. P. er tvilende til videre medisinerer etter sykehusoppholdet når metadonen seponeres.

Sårskift

For noen timer siden fikk H. hjelp med å skifte på et svært sår på ryggen. De ansatte skal ikke gjøre slikt, men henviser til helsevesenet. Men H. vil ikke til lege, ikke en gang til Feltpleien.

Såret ser bedre ut enn i går natt, mindre hissig rødt. Kanskje en brannskade fra en parafinovn, kanskje utslett etter noe parafinsøl? H. håper at det ikke er noe annet, noe smittsomt.

Uten medisin

B. har også fått hjelp, til å skifte på en dyp abscess på halsen, resultatet av et bomskudd en medbeboer satte. Har vært hos Feltpleien og fått plaster og salve med beskjed om å skifte hver dag. Slikt er enklere å få til når noen ser på.

B. har bare hatt to epileptiske anfall denne natta; forrige natt var det flere. Rivotril forskrevet av fastlegen for epilepsi ble tatt av politiet under en razzia for noen dager siden, sammen med Dolcontin også forskrevet av legen.

Fastlegen til B. verken kan eller vil skrivet ut mer Dolcontin og har midlertidig brutt kontakten etter å ha blitt skjelt huden full flere ganger. Når legal medisin tar slutt, må B. injisere heroin. Derfor abscessen på halsen.

Underernæring

C. er merkelig frisk. Med en BMI under 14 for noen måneder siden burde C. vært lagt inn akutt, men ville ikke selv og verken lege eller sosialkontor syntes at tvang var indisert. Institusjonen åpnet i stedet for å gi mat døgnet rundt. De andre beboerne får bare ett lunsjmåltid om dagen, det budsjettet tillater på en kommunal omsorgsinstitusjon.

Friskmeldinga

For litt siden raste P. ut for å gå på jobb. Hadde forsovet seg; med Rohypnol står tida enda mer stille enn med heroin alene. Nå skal hun ut og ta noen turer for å få penger til friskmeldinga, morraskuddet. P falt på isen tidligere i vinter og forstuet foten, skulle brukt krykker i flere uker framover.

– Pass på beinet ditt, roper nattevakta når P. slenger nøkelen inn på kontoret; – jeg orker ikke se deg med krykker igjen. – Pass dine egne saker, roper hun tilbake. – Jeg får flere turer uten krykker!

Blant de som jobber på denne kommunale omsorgsinstitusjonen, er det ingen med medisinsk kompetanse ut over et kurs i livreddende førstehjelp ved overdose. Staben kjenner til det av beboernes somatiske situasjon som de ser og det som beboerne velger å fortelle dem.