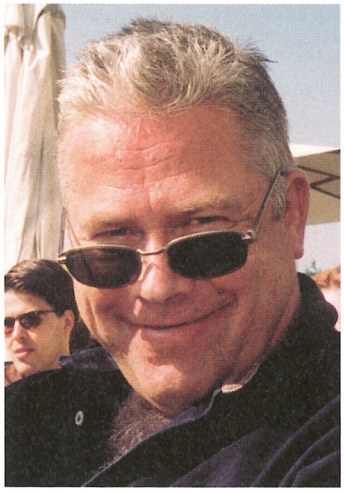
REDD, med all mulig grunn

AV ROGER GUNDERSEN



***Roger Gundersen** er cand. med. fra 1973. Han driver allmennpraksis i Holmestrand. Han har gjennom de siste årene forskrevet A-preparater til om lag 100 narkomane i strid med forskriftene og med retningslinjene fra Helsetilsynet. Han ble i forfjor fratatt forskrivningsretten, men vant de påfølgende rettssakene, først i Namsretten, deretter i Lagmannsretten, hvor departementets vedtak ble kjent ugyldig. I mellomtiden er forskriftene blitt endret, og han har nå en ny tilsynssak på gang. Hans juridiske rådgiver er professor cand. med., dr. juris Aslak Syse. Artikkelen er en lett bearbeidelse av et foredrag han holdt på årets KROM-seminar på Spåtind.*

Etter 4 år i rusfeltet har jeg innsett at uten å tenke sjøl og følge min indre stemme, legeløftets imperativ, kommer jeg ikke langt.

Jeg er redd min fremstilling, som bærer preg av egne erfaringer og opplevelser, adskillige diskusjoner i flere fora, litteraturstudier og avisinnlegg, blir både polemisk, paranoid, og dessuten angstfylt.

For å si det med Odd Børretsen, jeg er REDD, MED ALL MULIG GRUNN.

Jeg er redd, fordi en kronikk levert i Aftenposten kommer helsetilsynet i hende før publisering skjer, og foranlediger at de to kronikører må forsvare seg og sin kronikk overfor samme tilsyn.

Jeg er redd, fordi en journalist i Aftenposten, etter først å ha sagt ja takk, sier nei takk til å skrive om hvor bra det går med mine pasienter, fordi det er svært sterke krefter som ikke vil at dette skal komme offentligheten for øre.

Jeg er redd, fordi stadig flere narkomane forsøker selvmord, ikke bare en gang, men flere ganger, ifølge en notis i Dagens medisin. Dette kommer i tillegg til overdoser og eventuelle dødsfall i forbindelse med det.

Jeg er redd, fordi debatten mellom de forskjellige poler er så usaklig og uforsonlig. Pasientene forsvinner i prinsippene, og usaklige beskyldninger florerer. Selv er jeg beskyldt for å gjøre store penger på mitt arbeid med narkomane, og for å fortsette en ulovlig forskrivning (etter at jeg vant en sak i Namsretten).

Jeg er også redd for meg selv, og min legevirksomhet, etter at jeg i september mottok varsel om tilbakekall av forskrivningsrett og autorisasjon.

Jeg blir også redd når det i en debattside for leger, Eyr, uttales at det kanskje er riktig å drepe de narkomane. (Eyr 03.01.2002 kl 8 38. Pm)

Jeg blir redd, fordi selv det offentlige monopol, MAR/LAR (Legemiddelassistert rehabilitering), ikke klarer bedre enn at det i Vestfold i 2000 kun var 12 av de 38 klientene som hadde poliklinisk behandling.

Sammenfattet: Debattens temperatur, intensitet og manglende saklighet er skremmende, og det offentlige monopoliserte tilbudet er fullstendig utilstrekkelig.

Rusomsorgen er en sosial omsorg. Jeg forutsetter at lovgivernes hensikt med dette er den beste, men jeg har lurt på om det virkelig er tilfelle, mange ganger.

Det som skjer nå, om ruspolitikken får fortsette i samme spor, er at svært mange narkomane havner i helvete, eller andre steder med varierende temperatur.

Den skadereduksjon som foregår, og har foregått til nå, synes å ha mer preg av å ville redusere skaden for samfunnet, enn å beskytte det enkelte individ. (De narkomane skal vekk fra bybildet, om det er gata i Oslo eller Farmannstorvet i Tønsberg).

Hva bråker vi egentlig for, vi små en alen lange?

For det er vel slik vi allmennleger som står på vår rett til å hjelpe også denne pasientgruppen, oppfattes?

Vi som på tross av trusler og varsler om tilbakekall av forskrivningsrett og autorisasjon, fortsatt bruker A reseptene til å redde liv.

Jo, vi bråker for å redde vår enkelte pasient, først og fremst.

Om vi i tillegg bidrar til en offentlig debatt og synliggjøring av det som jeg oppfatter som myndighetenes og maktpersonenes misbruk av posisjon og tildelte statlige midler, er det sekundært.

Derfor blir vår kamp også en systemkritikk og en fagpolitisk maktkamp.

Jeg gjentar den påstand som ble fremsatt i en kronikk i Dagbladet i fjor, at det ikke kan forventes noen endring i ruspolitikken i Norge før de som stadig sitter sentralt som byråkrater i departement og tilsyn, skiftes ut. Og NB: Dette gjelder dessverre uansett politiske vedtak!

Vi får ingen human/humanistisk rusomsorg før denne kampen er avgjort til den enkelte pasients fordel. Rusmisbrukere er individer og må behandles individuelt. Som leger plikter vi å behandle våre pasienter med barmhjertighet, respekt og omsorg. Er det for å unngå at rusmisbrukere behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt at rusomsorgen er plassert under Lov om sosial omsorg?

Det som de siste årene har foregått etter gjentatte politiske vedtak for å humanisere, er, i alle fall sett utenfra, som en episode av nylig avdøde Nigel Hawthornes «Ja vel, Herr Statsråd».

Politikere fatter vedtak, Sosialkomiteen vedtar, Stortinget vedtar. Helsetilsyn og Sosialdepartement lager nye forskrifter, for å omgå de samme vedtakene. Jeg har mange ganger tenkt at det må kjennes underlig for en politiker eller minister som har en mening med sine vedtak, å oppdage at vedtakene nøytraliseres av et manipulerende byråkrati. Hva som foregår er spesielt dokumentert de siste måneder i Aftenposten, av blant annet Ola Henmoes journalistikk, dessuten TV, NY TID etc..

Konsekvensen er at rusomsorgen forblir som den har vært: Umyndiggjørende, nedverdigende og preget av tvang og trusler.

I saklighetens navn må jeg allikevel si at noen også trenger denne type «hjelp» for å komme videre, men det er kun et fåtall.

Hva har skjedd og hva skjer i Norge, av skadereduserende tiltak?

En kan kanskje si at MAR/LAR er skadereduserende, men i liten målestokk, og til en pris for de godtatte individer som i de fleste tilfelle er svært høy.

Forsøk med sprøyterom er kvalt i fødselen!

Et eksempel på et effektivt og billig skadereduserende tiltak, er dr T's opplegg i Grenland for et par år siden. Subutex ble utlevert under kontrollerte betingelser til et tyvetalls personer, med brukbar kontroll av sidemisbruk, og med svært god individuell oppfølging i form av samtaler, og tett kontakt mellom terapeut, pasient og arbeidsgiver. Prosjektet ble omtalt i Legemidler og samfunn, som leses av de fleste leger og farmasøyter i Norge.

Etter noe tid ble dr T innkalt til samtale med fylkeslege/-Helsetilsyn, og fortalt at det ville få klare konsekvenser for hans legevirksomhet, dersom ikke prosjektet ble avsluttet straks. Det ble det, og en av konsekvensene var 4–6 dødsfall blant de tidligere deltakerne i løpet av få måneder.

Tilbake til MAR/LAR. Her er ventelistene lange. Flere hundre står på konkrete lister, mange flere venter i hver sin kommune på at kommunens rusetat skal formidle/sende søknad. Det er ofte ikke sendt inn søknad til LAR, fordi kommunens rusetat vet at det ikke har noen hensikt å søke, det er ikke midler eller plass.

Dessuten har ikke den enkelte kommune kapasitet til å håndtere mer enn et fåtall av denne typen pasienter. Kun toppen av isfjellet er i kontakt med rusetat regelmessig. De andre seiler sin egen sjø.

Kommer man i betraktning i LAR, dvs. har lang nok ruskarriere, lang nok rusfri behandling –det vil si lang nok mislykket institusjonsbehandling (evangeliesenter/kollektiv etc), høy nok alder, og, når en med det man har med seg slår de andre i oppløpet, hva venter så? Jo, minst to uker ute i livet, uten rusmidler, uten medikamenter. (Etter at denne umenneskelighet ble kjent for offentligheten, er regimet mildnet noe). Den som overlever dette, (egentlig uttalt fra LAR: Den som er motivert nok for behandling med legemidler), skal så inn i avrusingsinstitusjon, og trappes langsomt opp til et medikamentnivå som holder rustrang og abstinenser borte. Den som i denne perioden «sprekker», dvs kjøper seg illegalt diazepam eller buprenorfin, kodein, heroin, eller hasj, får prikker på rullebladet og advarsler tildeles. Det som også skjer ved eventuelle sprekker, er at opptrappingen av metadon/subutex stanses, i den tid som LAR finner rimelig. Dette har ingen medisinsk begrunnelse, snarere tvert imot, men er å betrakte som en avstraffelse.

Som dere skjønner, jeg er ingen tilhenger av LAR, men er allikevel forskrivende lege for flere pasienter i dette systemet.

En kommune, Nøtterøy, har ingen leger som vil forskrive metadon/subutex. Alle legene, med kommunelegens velsignelse, nektet dette i fjor. Derfor er jeg av Nøtterøy kommunes rusetat anmodet om å være forskrivende lege for deres pasienter i LAR. Jeg sa ja, og har nå alle Nøtterøys metadonpasienter som mine faste pasienter, uten å være fastlege for noen av dem..

Hvilken skade skal reduseres, og for hvem?

Dette er kanskje av mange oppfattet som et unødvendig spørsmål, men dessverre, så enkel er ikke dagens norske virkelighet.

Individet står ikke i sentrum, det er åpenbart for alle som følger med. Det er apparatet rundt det offentlige skadereduksjonsarbeid som er prioritert høyest.

Vi må få et Norge som ser på rusmisbrukere/narkomane som de elendige, lidende og syke mennesker de er.

De er også kriminelle. Jeg har ikke tall på hvor mange som sier at de endelig slipper å prostituere seg, stjele, lyve, ødelegge, for å klare hverdagen.

Som en kuriositet må jeg nevne at i 2000 gikk volds og vinningskriminaliteten ned med 10% i Nordre Vestfold, året etter med nye 10%. Det er også et perspektiv verdt å se på?

Sykdom

Jfr. Ninni og Thorvald Stoltenberg, og Sosialministeren som i Tabloid TV nølende gikk med på at dette dreide seg nok om primært syke mennesker. I avisen dagen etter gikk ministeren tilbake på dette, men innrømmet at de når de var narkomane, var de nok syke, men de var vel ikke syke i utgangspunktet?

Unnskyld meg. Om det primært er en sykdom, eller om det skulle skyldes arv eller miljø, er for meg ett fett og revnende likegyldig.

Medline og andre databaser på internet kan gi hundrevis av referanser/tilslag på forespørsel om sammenheng mellom tidlig psykisk sykdom (allerede fra barneår) og rusmisbruk. Det er et tankekors at det i mitt materiale på 100 pasienter de siste 4 år, hvor alle har vært innom psykiatrien, kun er stillet en psykiatrisk diagnose utover «medikament/rusmisbruk» på 4 av pasientene. Det betyr at faginstansene ikke har vært i stand til, eller interessert i, å finne/lete etter annen sykdom enn rusen. Og hvilken diagnose tror dere disse 3–4% har fått? Bipolar sykdom/manisk depressiv lidelse!

ILLUSTRASJONSFOTO

Dette er ikke verst når vi fra internasjonal forskning vet at opptil 90% av rusmisbrukere antas å ha en psykiatrisk sykdom ved siden av rusproblemene. (Jfr. Toronto-New Hampshire.)

Er denne manglende interesse og evne til diagnostisering uttrykk for en dekkoperasjon?

Uten psykiatrisk diagnose kan disse mennesker ikke betraktes som pasienter med de rettigheter det ville medført? Dette underbygger det etablerte syn i departement og tilsyn at narkomane representerer et sosialt problem, og slett ikke noe helseproblem. Forklaring utover dette kan jeg bare gjette meg til. Er norsk psykiatri så dårlig faglig sett, eller slurves det? Kanskje ville det bli for arbeidskrevende også å ta opp disse sosialklientenes helseproblem?

Verden over, ja hva skjer internasjonalt? Frankfurt/Amsterdam/København er nevnt tidligere i debatten. Men, hvem har kjørt bil i Frankrike?

Franske myndigheter tar skadereduksjon på alvor. Man har estimert/forventet at ca. 700 mennesker skulle omkomme i trafikken på franske veier i desember måned, hvor en stor del ville omkomme i jule og nyttårshelgen. Hva gjorde man så? Man innførte gratis kollektivtilbud i nyttårshelgen, i hele Frankrike! I Norge skjer det også noe på denne fronten, stadig færre omkommer i trafikken i Norge.

Men overdosedødsfall reduseres ikke.

1500 utrykninger til overdosetilfelle i Oslo siste år. Fatale overdoser omtrent som tidligere, eller økende. En del over 100 personer dør av overdoser i Oslo i året.

I Norge settes disse menneskene på en venteliste for å komme inn i et byråkratisk system, hvor de til og med må begynne om igjen, om de har vært nyktre på ventelisten og sier nei takk til oppstart av metadon/subutex, og så skulle være utsatt for sprekk og dermed nytt hjelpebehov!

Frankrike: Det er 60 millioner franskmenn, rundt regnet. Et ukjent antall narkomane, som i Norge. Overdosedødsfallene steg himmelhøyt. Hva gjorde man? I regi av blant annet psykiateren dr Auriacombe startet man et skadereduksjonsopplegg som liknet veldig på det opplegget jeg driver, men med betydelig dårligere oppfølging og kontroll. (Ref: The French Expirience; France as an open label study. Research and Clinical Forums 1999–21: 9–15).

De franske narkomane, som kanskje oppfattes som pasienter, får utlevert sin dags-, ukes- eller månedsrasjon Subutex på apoteket, har ingen fast avtalt kontroll hos sosialetat, men har kontakt med sin forskrivende lege. Det er det!

Min modell er omtalt av «motstandere» i rusfeltet, som «over stokk og stein modellen». Jeg har ikke hørt at noen norsk fagperson har kritisert den franske modellen. Sosialminister Meltveit Kleppa var til og med på studietur til Frankrike!

Når det gjelder rusomsorg, er det ingen i utlandet som sier «Look to Norway"! Hva kommer det av, tro?

Subutex er godkjent i 30 land, bare i Norge med rigide restriksjoner. Den franske modellen har reddet hundrevis av liv, hvert år.

Overdosedødsfallene på subutex er lave, og sett i forhold til overdosedødsfall blant pasienter på metadonsubstitusjon, er de negligable. Det må også tas med her, at det i Norge de siste to år er konstatert 30–40 dødsfall, hvor eneste mulige dødsårsak er metadon, og metadon alene. Hva skyldes dette? Liberal forskrivning av metadon? Nei – Hva så med medikamenter på avveie, jfr Meltveit Kleppa, TV 2 .

Something is rotten in this country!

Etter at jeg mistet to unge menn i overdoser i 97-98, ble jeg klar over at jeg kunne ikke neglisjere denne pasientgruppen lengre, og har tatt inn mange pasienter. Jeg får forespørsler fra rusteam i hele Vestfold, dessuten diakonat, KIF, familier og arbeidsgivere, om å ta meg av... bare en til!

Det går selvfølgelig ikke.

Jeg har fått laget et dataregistreringsskjema hvor pasientene registreres, med ruskarriere, fengselskarriere, behandlingsopplegg tidligere, livskvalitet, helseendringer i behandlingsperioden, arbeidskarriere etc, etc.

Når jeg får tid (dvs fred fra tilsynsmyndigheter), og penger (stipend?), skal disse dataene systematisereres og publiseres.

Min utfordring er:

- La rusomsorg bli en oppgave for leger, fastlegen.
- La kommunal psykiatriservice og kommunal sosialtjeneste få midler nok til å fungere som nær samarbeidspartner og støtte for pasienten, dessuten til å gi langvarig terapi.
- Leon-prinsippet var populært i Norge tidligere, hvor er det blitt av?
- Rusmisbrukere skal selvfølgelig også behandles med barmhjertighet, respekt og omsorg, som de individer de er.
- Er ikke den forskning som foregår i Norge vedrørende skadereduksjon nærmest å regne for uetisk? (Vi vet at det finnes bedre måter å gjøre det på, måter som er veldokumentert i utlandet.) Skal vi finne opp kruttet på nytt, også her?
- Vi må samarbeide, ikke slåss, selv om uenigheten er betydelig. Den kampen som pågår må endres fra den maktkamp det tydeligvis er nå, til en faglig diskusjon, hvor også denne siden krever å bli behandlet med respekt.

Litt om «Modell Gundersen»:

Pasienten tas inn til samtale, evt sammen med den som henviser eller bønnfaller om hjelp, det være seg kone, barn, venner, arbeidskollegaer, KIF, sosialetat, rusetat, avrusingsinstitusjoner som Frelsesarme-drevne blant andre, Kirkens bymisjon, etc, etc.

Det legges en plan, med kort og langsiktig målsetting. Det avtales en kontrakt, muntlig og/eller skriftlig.

Det søkes alltid kontakt med pasientens sosialkontor for å etablere forbindelse, om det ikke eksisterer, og for å komme videre i en rehabiliteringsprosess, med hyppige samtaler. Kommunal psykiatriservice forsøkes koplet inn. Dette er oftest den største bøygen. Kommunene har ikke midler eller mennesker nok til å håndtere/hjelpe flere enn dem de allerede har.

Hear, Visualize and document your findings

The Meditron Analyzer ECG
www.meditron.no

Medisinering avtales og justeres. Pasientene henvises nesten alltid til psykiatrisk behandling, oftest til offentlig, men andre til private tilbud.

Det avtales hyppige samtaler, hvor det tas stilling til behandlingsalternativer, ramme rundt behandling og kontroll, (liten, men tydelig, vekt på urinprøver, og da som grunnlag for diskusjon om hva som kreves for at eventuelt sidebruk skal endres).

Det er hyppig kontakt med pasienter, familie, arbeidsgiver og andre på telefon. Alle samarbeidspartnere har direkte nummer til min kontorpult. Dette gjelder også de av mine pasienter jeg vurderer som risikopasienter.

Det er alltid mulighet for pasient, familie eller offentlig etat/samarbeidspartner å få time på svært kort varsel. Ansvarsgruppemøter kan også avtales på kort varsel.

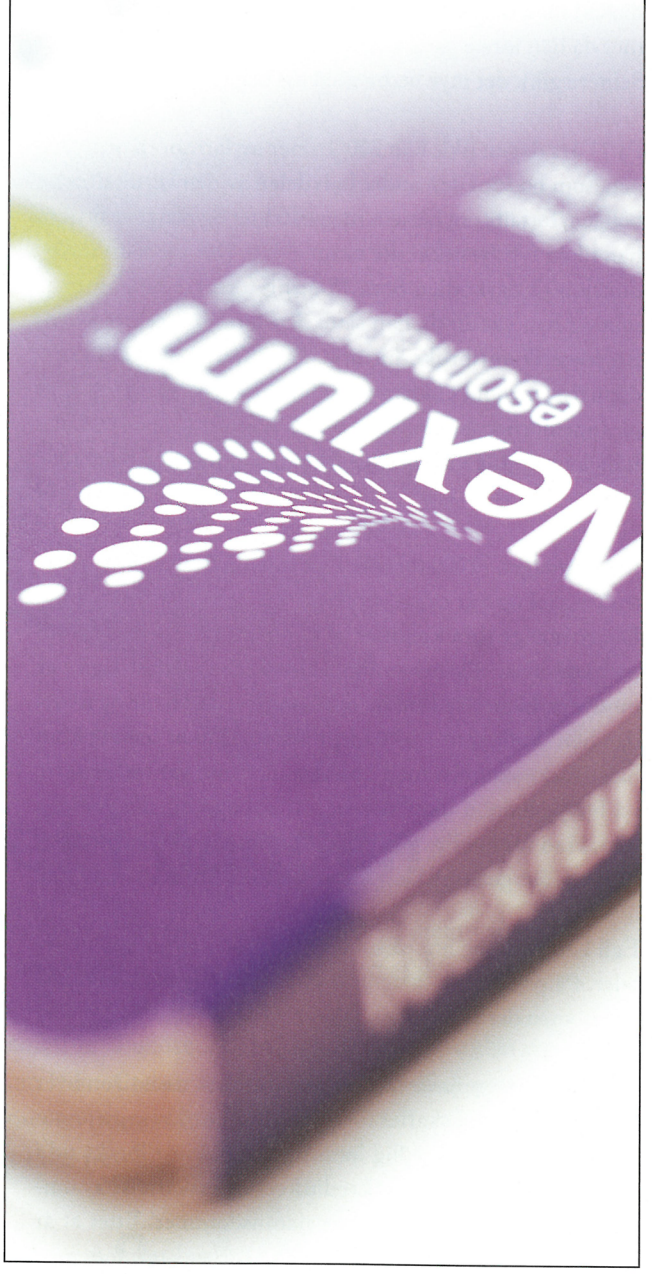
Dette er et lavterskeltilbud som omfatter ca 100 pasienter gjennom de siste fire år, og som for alle har ført til bedret livskvalitet, bedre helse, økt selvrespekt. Flere er i arbeid eller er studerende, flere har fått ordnet sitt trygdebehov, rehabiliteringspenger, yrkesrettede tiltak eller uførepensjon.

Det som er både oppsiktsvekkende og tragisk, er at dersom forskriftenes intensjon skulle vært rådende, ikke politikernes intensjon, og for ikke å si norsk lov, ville det vært ca 100 mennesker blant mine pasienter som måtte på gata for å kjøpe buprenorfin eller heroin illegalt, for å kunne fortsette å leve et normalt menneskeverdig liv.

Jeg står til disposisjon for enhver som er interessert, for å dele mine erfaringer eller gi råd. Men det største hinderet er fortsatt angsten hos norske leger for å utfordre fylkeslege og Helsetilsyn ved å følge det etiske imperativ, og med det også å hjelpe disse ulykkelige.

Et gammelt sitat av Nic Waal kan være en rettesnor også i dag

«Svært mange mennesker mener noe med hodet og føler noe annet med hjertet. Mange stenger helt av for hva de føler, når de tenker. Det kalles ofte for å være logisk. Men hjertet har også sin logikk. Det sies lett at kvinner tenker med hjertet, som om det var foraktelig. Men hvis vi ikke tenker med hjertet i dag, går verden til helvete.»

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no