

Innlegg til Utposten:

Behandling av rusmisbrukere

Kjære dr. Gundersen!

Takk for en spissformulert og tankevekkende artikkel i Utposten nr 2-2002. I den offentlige debatten omkring behandlingen av de tunge rusmisbrukerne, har det allmennmedisinske perspektivet i svært liten grad kommet fram. I den grad allmennmedisinere blir nevnt, er det som naive kvoteforskrivere som gjør mer skade enn gagn. Departement og tilsynsmyndighet har definert hva vi ikke skal gjøre, nemlig å behandle våre opiatavhengige pasienter med opiat, med mindre vi er funnet verdige til å overta 2. linjetjenestens ansvar for medikamentassistert rehabilitering på ferdig sorterte pasienter. Men fortsatt gjenstår å definere hva som er god allmennmedisin for tunge rusmisbrukere. Dessuten gjenstår det å avgjøre hvem som skal legge premissene for en slik definisjon. Skal Stortinget vedta allmennmedisinernes rolle (noe det på sett og vis har gjort), eller er det ekspertene i andre- og tredjelinjetjenesten? Jeg mener at allmennmedisinen selv må på banen. Ditt innlegg oppfatter jeg som et bidrag til å gi noen allmennmedisinske premisser til denne debatten, og det trenger vi virkelig. Jeg har selv gjennom diverse foredrag og brev til Departement og Helsetilsyn forsøkt å si noe om det samme. Det har hittil ikke resultert i noen særlig grad av forståelse for mine argumenter.

Rundt andre sykdommer har allmennmedisinere vært involvert i forskning og etablering av handlingsprogrammer og kliniske retningslinjer, og dermed er allmennmedisins rolle relativt godt definert. Allmennpraktikeren har dessuten stor frihet til å velge behandlingsmetoder som er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Når det gjelder behandlingen av de tyngste rusmisbrukerne, har allmennmedisinen med rette vært beskyldt for å skygge unna. Det skjønner jeg godt. Det skal sterk rygg til å bære den mistenkeliggjøring man får med en gang man forskriver opiat til en misbruker. Jeg opplever at jeg må dokumentere nytten av min behandling mye bedre i en slik situasjon enn i noen annen klinisk problemstilling. Slingringsmonnet er minimalt! Dessuten vil ingen fylkeslege finne på å starte tilsynsak dersom en rusmisbruker dør på grunn av mangel på behandling hos allmennlege, mens både du og jeg har opplevd å bli kikket i kortene dersom vi i en vanskelig situasjon setter inn behandling med opiat for å stabilisere for videre behandling, kanskje av og til redde liv.

Etter at de nye utleveringsforskriftene trådte i kraft i fjor, ser vi en klar overgang fra opiatforskrivning til forskriv-



Dagfinn Harr er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og arbeider i Kristiansand i 50% stilling som assisterende kommuneoverlege med ansvar bl.a. for smittevernet. Resten av tiden brukes som fastlege for en liten, men eksklusiv liste, hvorav

omkring 100 personer med alvorlige rusproblemer. Harr har de siste tre år drevet omfattende medikamentell behandling av opiatmisbrukere.

ning av benzodiazepiner til opiatavhengige: Apotekene, som er pålagt å kontrollere at ingen narkomane får utlevert A eller B-preparater i substitusjons hensikt, reagerer mindre på B-resepter. Dette er faglig meget betenkelig. Slik tilpasser leger og misbrukere seg regelverket. Tenk hvis de faglige konsekvensene hadde vært vurdert i samarbeid med allmennmedisinere før reglene ble laget!

Problemet med allmennmedisins fravær i rusbehandlingen ser vi nå: Vi har ingen dokumentasjon på at vår behandling er virksom og trygg. Både du og jeg har store pasientmaterialer som viser at pasientene ikke dør under substitusjonsbehandling med opiat hos oss, mange får bedret sin livskvalitet og sosiale funksjonsevne, de sitter ikke så mye i fengsel som før, mange får bedret sin fysiske og psykiske helsetilstand. Dette til tross for svake kontrollrutiner og fortsatt sprøytebruk, og til dels fortsatt rusing ved siden av de medikamentene vi skriver ut.

Rusomsorgen i Norge er i en rivende utvikling etter at vi fikk et Stortingsvedtak som sier at opiatmisbruk også er å regne som en sykdom. Det er satt i gang et fullskala eksperiment, representert ved det offisielle programmet for medikamentassistert rehabilitering (MAR). Det vil gå en tid før vi får klare svar på hvor nyttig MAR er for de forskjellige pasientgruppene i en norsk virkelighet. Stortingsvedtaket har inspirert en del av oss til å arbeide allmennmedisinsk med disse pasientene. Dette har skapt problemer for oss selv, våre pasienter, samarbeidspartnere og tilsynsmyndighetene.

«Bedriftskulturen» blant rusmisbrukerne er forskjellig fra land til land. Derfor har erfaringer fra utlandet be-

grenset verdi for oss i Norge. Blant annet har jeg et inntrykk av at norske misbrukere stor grad bruker sprøyter. Allmennmedisinen er også forskjellig fra land til land. Det betyr at vi må fremskaffe egne erfaringer fra en norsk virkelighet.

I mitt arbeid med tunge rusmisbrukere har målet hele tiden vært en allmennmedisinsk tilnærming. Det vil si at jeg har forsøkt å behandle disse pasientene på lik linje med andre pasienter jeg møter i allmennmedisin: Jeg gjør en kartlegging, jeg foreslår tiltak og jeg iverksetter behandling og eventuell viderehenvisning. Som ved andre allmennmedisinske problemstillinger, kan det være behov for å iverksette medikamentell behandling før situasjonen er fullstendig avklart. Ofte er dette nødvendig for å stabilisere situasjonen tilstrekkelig til å skaffe oversikt over hvilke tiltak som er nødvendige. Alle mine substitusjonsopplegg har hatt en slik allmennmedisinsk vurdering som grunnlag, og det er etablert ansvarsgrupper rundt alle pasientene. Sosialtjenesten har vært svært fornøyd, fordi pasientene blir tilgjengelige for diskusjon rundt videre tiltak. Slike tiltak kan være medikamentfri behandling i eller utenfor institusjon, eller fortsatt behandling med medikamenter. Noen velger også å fortsette å ruse seg. Jeg har vært meget klar på at dersom man velger fortsatt medikamentell behandling, så skal denne skje innenfor MAR-systemet. Grunnen til dette er:

- Bare MAR har tyngde nok og ressurser nok til å holde en høy nok kvalitet på substitusjonsbehandlingen over mange år.
- Mine opplegg fungerer meget bra i startfasen, men de blir for spinkle over tid, og det kan faktisk bidra til å hindre pasientene i å oppnå en optimal rehabilitering.
- Mine pasienter blir ekstremt avhengige av min person og entusiasme, sårbarheten i systemet blir uakseptabelt høy.
- Mine opplegg vil i mindre grad enn MAR bidra til at pasientene slutter med sprøytebruk, og dette er en helsesøke og en hemsøke for videre rehabilitering.
- Jeg har ingen sikkerhet for at ikke medikamenter på resept fra meg i uakseptabel grad havner i det illegale markedet.
- I vår region har MAR strukket seg meget langt for å ta inn alle som trenger det, og jeg har et meget nært samarbeid med MAR i Vest-Agder (MARIA)

I Kristiansand har MARIA inntil ganske nylig påtatt seg hele behandlingsansvaret for pasientene. Nå begynner tilbakeføringen til fastlegene. Det er mye uklarheter i den forbindelse. Akkurat nå opplever jeg at MARIA ønsker å bruke meg til den rent tekniske jobbingen med urinprøver. Selv vil de sitte med all kontroll over utleveringsregimer,

dosering og evt. eksklusjon fra programmet. Det sier seg selv at en slik arbeidsfordeling blir lite interessant for allmennlegen. Et annet stort problem er de pasientene som mislykkes i MAR. I likhet med andre pasienter som annenlinjetjenesten har «ferdigbehandlet», havner disse i fanget på kommunens sosial- og helsetjeneste igjen. Slik regelverket nå er utformet, har vi praktisk talt intet å tilby disse pasientene. De er av og til i en dårligere tilstand enn før de gikk inn i MAR: De har fått enda et nederlag å trekke med seg videre i livet.

Konklusjon:

Roger Gundersen setter fingeren på en rekke dilemmaer og problemer knyttet til den medisinske behandlingen av tunge rusmisbrukere i Norge, spesielt allmennlegens rolle i denne behandlingen. Allmennmedisinen har hittil ikke beskrevet sin rolle klart nok. Dette skyldes i stor grad at vi som har mye pasienterfaringer, ikke har hatt tid eller krefter til å presentere disse på en skikkelig måte. Jeg utfordrer dr. Gundersen og meg selv og eventuelt andre allmennleger som har data, til å få disse presentert.

Ut fra mine egne erfaringer, har jeg følgende tanker om allmennlegens roller i omsorgen for de tunge rusmisbrukerne:

- Allmennlegen må kunne arbeide aktivt og selvstendig, også med medisiner, i en startfase av en utredning.
- Dersom pasienten velger å gå inn i en langvarig medikamentell behandling av sitt rusmisbruk, bør dette skje innenfor MAR-systemet.
- Dersom allmennlegen skal påta seg medikamentell behandling innenfor MAR-systemet, må hun få tildelt et fullstendig behandlingsansvar med muligheter for på egen hånd å justere doser, endre urinprøveopplegg og utleveringsregimer, innenfor de ytre rammene som ligger i MAR.
- Allmennlegen må kunne ta seg av de som faller ut av MAR, og hun må om nødvendig kunne sette inn medikamentell behandling i perioder mens nødvendig utredning av videre tiltak skjer.
- Tilsynsmyndigheten må i saker som omfatter forskrivning av narkotiske stoff, gå grundig inn og vurdere nytteverdien i forhold til skade som er gjort hos den enkelte pasient, slik jeg går ut fra at de gjør i enhver annen tilsynsak som har med medisinsk behandling å gjøre. Vi som leger må kunne legge fram skikkelig dokumentasjon på behandlingens innhold og effekt.
- Gjeldende regelverk og utleveringsforskrift må gjennomgås og gis en form som gjør det lovlig for allmennleger å forskrive narkotiske stoffer som substitusjonsbehandling i en utrednings- og avklaringsfase.

Dagfinn Harr